



## 1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

|                          |                   |                           |           |
|--------------------------|-------------------|---------------------------|-----------|
| 1er Apellido             | QUIÑONEZ          | 2o Apellido               |           |
| 1er Nombre               | HOOVER            | 2o Nombre                 |           |
| Tipo de identificación:  | CC                | Número de identificación: | 94450297  |
| Fecha de nacimiento:     | 24/noviembre/1973 | Sexo al momento de nacer: | MASCULINO |
| Condición de la víctima: | CICLISTA          |                           |           |

## 2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

|                         |                     |  |           |
|-------------------------|---------------------|--|-----------|
| Tipo de Ingreso:        | ATENCION PROGRAMADA | Clasificación del Triage:              | NO APLICA |
| Fecha Hora:             | 6/enero/2026 07:42  | Víctima viene remitida:                | NO        |
| Código de habilitación: |                     | Razón social del prestador que remite: |           |
| Departamento:           |                     | Municipio:                             |           |

## 3. INFORMACIÓN DEL TRANSPORTE AL PRIMER SITIO DE ATENCIÓN

|  |    |   |  |
|--|----|---|--|
| Víctima fue trasladada en servicio de transporte asistencial?            | NO | Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial: |  |
| Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial: |    | Razón social del prestador del transporte:                |  |
| Código del CRUE que solicita el servicio de transporte asistencial:      |    | Código de despacho emitido por el CRUE:                   |  |

## 4. DATOS DEL ACCIDENTE

|                          |                         |               |                 |            |      |
|--------------------------|-------------------------|---------------|-----------------|------------|------|
| Fecha Hora del evento:   | 6/marzo/2025 11:04      | Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CARRERA 15 CON CALLE 19 |               |                 |            |      |
| Vehículo identificado:   | NO                      | Placa:        |                 |            |      |

## 5. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| 1er Apellido            | 2o Apellido               |
| 1er Nombre              | 2o Nombre                 |
| Tipo de identificación: | Número de identificación: |
| Departamento:           | Municipio:                |
| Teléfono:               | Celular:                  |
| Dirección:              |                           |

## 6. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA LA ATENCIÓN

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| 1er Apellido            | 2o Apellido               |
| 1er Nombre              | 2o Nombre                 |
| Tipo de identificación: | Número de identificación: |
| Cargo:                  | Celular:                  |
| Teléfono:               | Extensión:                |