

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|---------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | FLOR | 2o Apellido | GUTIERREZ |
| 1er Nombre | KAROL | 2o Nombre | ZHARICK |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1104805269 |
| Fecha de nacimiento: | 30/mayo/2005 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO |
| Condición de la víctima: | USUARIO MOTOCICLETA | | |

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

| | | | |
|-------------------------|--------------------------|--|---|
| Tipo de Ingreso: | ATENCION PROGRAMADA | Clasificación del Triage: | NO APLICA |
| Fecha Hora: | 13/septiembre/2025 20:58 | Víctima viene remitida: | SI |
| Código de habilitación: | 760011161001 | Razón social del prestador que remite: | UNIDAD MEDICA DE TRAUMA DEL VALLE S.A.S |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |

3. INFORMACIÓN DEL TRANSPORTE AL PRIMER SITIO DE ATENCIÓN

| | | | |
|--|--------------|---|---|
| Víctima fue trasladada en servicio de transporte asistencial? | SI | Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial: | GSS373 |
| Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial: | 760011009401 | Razón social del prestador del transporte: | RED DE URGENCIAS DE LA COSTA PACIFICA S. A. S |
| 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: | 13/septiembre/2025 03:30 | | |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CALLE 10 CON CARRERA 42 | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | AZK61H |

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

| | | | |
|-------------------------|-------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | LOPEZ | 2o Apellido | TORRES |
| 1er Nombre | JEIXMA | 2o Nombre | JULIANA |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1110366152 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Teléfono: | 3184046596 | Celular: | 3184046596 |
| Dirección: | CARRERA 81 # 2 14 | | |

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: | |