

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|---------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | BURITICA | 2o Apellido | GARCIA |
| 1er Nombre | JUAN | 2o Nombre | ESTEBAN |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1193139553 |
| Fecha de nacimiento: | 25/abril/2001 | Sexo al momento de nacer: | MASCULINO |
| Condición de la víctima: | CONDUCTOR | | |

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

| | | | |
|-------------------------|------------------------|--|---|
| Tipo de Ingreso: | ATENCION PROGRAMADA | Clasificación del Triage: | NO APLICA |
| Fecha Hora: | 4/noviembre/2025 12:22 | 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? | 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: | 19/septiembre/2025 18:30 | | |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CARRERA 120 CON CALLE 122 | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | CRB18F |

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

| | | | |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | BURITICA | 2o Apellido | GARCIA |
| 1er Nombre | JUAN | 2o Nombre | ESTEBAN |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1193139553 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Teléfono: | | Celular: | 3215867245 |
| Dirección: | CARRERA 11C # 62 - 76 | | |

6. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA LA ATENCIÓN

| | | | |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------|----------|
| 1er Apellido | CHACON | 2o Apellido | GONZALEZ |
| 1er Nombre | GENIDES | 2o Nombre | MARINO |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 94458800 |
| Cargo: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Celular: | |
| Teléfono: | 4860777 | Extensión: | |