



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|----------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | GRANADOS | 2o Apellido | GORDILLO |
| 1er Nombre | VALERIA | 2o Nombre | |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1006055369 |
| Fecha de nacimiento: | 27/agosto/2001 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO |
| Condición de la víctima: | CONDUTOR | | |

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

| | | | |
|-------------------------|------------------------|--|-----------|
| Tipo de Ingreso: | ATENCION PROGRAMADA | Clasificación del Triage: | NO APLICA |
| Fecha Hora: | 4/noviembre/2025 15:00 | 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: | 15/julio/2025 16:05 | Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CALLE 70 AVENIDA 3 B NORTE | | | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | HGM33D | | |

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

| | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | GRANADOS | 2o Apellido | GORDILLO |
| 1er Nombre | VALERIA | 2o Nombre | |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1006055369 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | PALMIRA |
| Teléfono: | 3008796399 | Celular: | 3008796399 |
| Dirección: | CALLE 96 # 72-03 B/ CIUDAD DEL CAMPO | | |

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: |