

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|---------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | GONZALEZ | 2o Apellido | PALACIOS |
| 1er Nombre | DIDIER | 2o Nombre | ALEXIS |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1118306565 |
| Fecha de nacimiento: | 17/abril/1996 | 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: | 6/noviembre/2025 13:42 | Víctima viene remitida: | SI |
| Código de habilitación: | 760010961401 | Razón social del prestador que remite: | INVERSIONES MEDICAS VALLE SALUD 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: | POT644 |
| 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: | 4/noviembre/2025 14:00 | | |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | YUMBO |
| Dirección del accidente: | TRANSVERSAL 1 CON DIAGONAL 18 | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | ZRR14G |

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

| | | | |
|-------------------------|-------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | GONZALEZ | 2o Apellido | PALACIOS |
| 1er Nombre | DIDIER | 2o Nombre | ALEXIS |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1118306565 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | YUMBO |
| Teléfono: | 3104501100 | Celular: | 3104501100 |
| Dirección: | CARRERA 18 E 7 31 | | |

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: | |