

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|---------------|---------------------------|-----------|
| 1er Apellido | GOMEZ | 2o Apellido | GUTIERREZ |
| 1er Nombre | LINA | 2o Nombre | MARIA |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 31655357 |
| Fecha de nacimiento: | 18/junio/1983 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO |
| Condición de la víctima: | PEATON | | |

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

| | | | |
|-------------------------|------------------------|--|-----------|
| Tipo de Ingreso: | ATENCION PROGRAMADA | Clasificación del Triage: | NO APLICA |
| Fecha Hora: | 6/noviembre/2025 14:33 | 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: | 22/octubre/2025 13:15 | | |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CALLE 9 CON CARRERA 30 | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | TFZ34G |

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

| | | | |
|-------------------------|--------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | BASTIDAS | 2o Apellido | VERGARA |
| 1er Nombre | GERMAN | 2o Nombre | FELIPE |
| Tipo de identificación: | TI | Número de identificación: | 1105373726 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Teléfono: | 3180517759 | Celular: | 3180517759 |
| Dirección: | CARRERA 30A #9A-03 | | |

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: | |