



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|--------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | GARCIA | 2o Apellido | SANTA |
| 1er Nombre | RUBEN | 2o Nombre | DAVID |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1151969127 |
| Fecha de nacimiento: | 1/abril/1999 | Sexo al momento de nacer: | MASCULINO |
| 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 10:13 | 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: | 21/septiembre/2025 21:50 | Municipio: | CALI |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | | |
| Dirección del accidente: | CALLE 29 CARRERA 13 | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | ETI91F |

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

| | | | |
|-------------------------|-------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | GARCIA | 2o Apellido | SANTA |
| 1er Nombre | RUBEN | 2o Nombre | DAVID |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1151969127 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Teléfono: | 3176720288 | Celular: | 3176720288 |
| Dirección: | CALLE 16 # 41B-08 | | |

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: |