

### 1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

|                          |                   |                           |            |
|--------------------------|-------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido             | SILVA             | 2o Apellido               | ARTEAGA    |
| 1er Nombre               | DANIEL            | 2o Nombre                 | FELIPE     |
| Tipo de identificación:  | CC                | Número de identificación: | 1006287996 |
| Fecha de nacimiento:     | 27/diciembre/2000 | 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:             | 1/noviembre/2025 00:51 | 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: | NZT528                                        |
| 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:   | 31/octubre/2025 01:00        |            |        |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA              | Municipio: | CALI   |
| Dirección del accidente: | AVENIDA 5 OESTE CON CALLE 20 |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                           | Placa:     | LQE88A |

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

|                         |                  |                           |            |
|-------------------------|------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | SILVA            | 2o Apellido               | ARTEAGA    |
| 1er Nombre              | DANIEL           | 2o Nombre                 | FELIPE     |
| Tipo de identificación: | CC               | Número de identificación: | 1006287996 |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA  | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3147011770       | Celular:                  | 3147011770 |
| Dirección:              | CARRERA 84 15-57 |                           |            |

## 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:                |  |