

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| 1er Apellido | GOMEZ | 2o Apellido | DE PANIAGUA |
| 1er Nombre | ARGENIS | 2o Nombre | DE JESUS |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 29627267 |
| Fecha de nacimiento: | 29/octubre/1955 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO |
| Condición de la víctima: | PASAJERO | | |

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

| | | | |
|-------------------------|------------------------|----------------------------------------|-----------|
| Tipo de Ingreso: | ATENCION PROGRAMADA | Clasificación del Triage: | NO APLICA |
| Fecha Hora: | 4/noviembre/2025 08:15 | 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/agosto/2025 09:59 | | |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | KILOMETRO 4 VIA CALI - PUERTO TEJADA | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | BIQ478 |

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

| | | | |
|-------------------------|---------------------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1er Apellido | GOMEZ | 2o Apellido | ARAGON |
| 1er Nombre | JOSE | 2o Nombre | DAVID |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1060419193 |
| Departamento: | CAUCA | Municipio: | SANTANDER DE QUILICHAO |
| Teléfono: | 3218841030 | Celular: | 3218841030 |
| Dirección: | CALLE 82 # 22B - 73 B/ CIUDAD DEL SUR | | |

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: | |