



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|---------------|---------------------------|-----------|
| 1er Apellido | RESTREPO | 2o Apellido | CANO |
| 1er Nombre | CARLOS | 2o Nombre | ALBERTO |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 16591889 |
| Fecha de nacimiento: | 28/marzo/1956 | 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: | 10/septiembre/2025 18:49 | Víctima viene remitida: | SI |
| Código de habilitación: | 760010961402 | 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: | HKV949 |
| Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial: | 760011127401 | Razón social del prestador del transporte: | GRUPO EMS SAS |
| 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: | 10/septiembre/2025 12:30 | Municipio: | CALI |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | | |
| Dirección del accidente: | CALLE 16 CON CARRERA 39 | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | MOX47A |

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

| | | | |
|-------------------------|--------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | RESTREPO | 2o Apellido | CANO |
| 1er Nombre | CARLOS | 2o Nombre | ALBERTO |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 16591889 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Teléfono: | 3206964513 | Celular: | 3206964513 |
| Dirección: | CARRERA 50 # 16-26 | | |

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: |