

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

|                          |                   |                           |            |
|--------------------------|-------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido             | HERNANDEZ         | 2o Apellido               | HENAO      |
| 1er Nombre               | DANIEL            | 2o Nombre                 | STIVEN     |
| Tipo de identificación:  | CC                | Número de identificación: | 1112969903 |
| Fecha de nacimiento:     | 22/diciembre/1998 | 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:             | 10/septiembre/2025 03:29 | 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?            | 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:   | 9/septiembre/2025 19:30             |            |         |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA                     | Municipio: | GINEBRA |
| Dirección del accidente: | KILOMETRO 25 VIA COSTA RICA LA VIÑA |            |         |
| Vehículo identificado:   | SI                                  | Placa:     | LHW79H  |

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

|                         |                             |                           |            |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | HERNANDEZ                   | 2o Apellido               | HENAO      |
| 1er Nombre              | DANIEL                      | 2o Nombre                 | STIVEN     |
| Tipo de identificación: | CC                          | Número de identificación: | 1112969903 |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA             | Municipio:                | GINEBRA    |
| Teléfono:               | 3115890204                  | Celular:                  | 3115890204 |
| Dirección:              | CALLE 11 # 8 36 BUENA VISTA |                           |            |

## 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:                |  |