

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

|                          |                  |                           |            |
|--------------------------|------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido             | LONDOÑO          | 2o Apellido               | GONZALEZ   |
| 1er Nombre               | YUSTIN           | 2o Nombre                 |            |
| Tipo de identificación:  | CC               | Número de identificación: | 1144148180 |
| Fecha de nacimiento:     | 1/diciembre/1990 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO   |
| 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:             | 14/septiembre/2025 23:19 | 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:   | 14/septiembre/2025 20:23 |            |        |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA          | Municipio: | CALI   |
| Dirección del accidente: | CARRERA 15 CON CALLE 15  |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                       | Placa:     | OWR95C |

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

|                         |                    |                           |            |
|-------------------------|--------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | LONDOÑO            | 2o Apellido               | GONZALEZ   |
| 1er Nombre              | YUSTIN             | 2o Nombre                 |            |
| Tipo de identificación: | CC                 | Número de identificación: | 1144148180 |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA    | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3054096637         | Celular:                  | 3054096637 |
| Dirección:              | CARRERA 4 #41 - 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:                |  |