

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|--------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | REINA | 2o Apellido | BAMBA |
| 1er Nombre | HAROLD | 2o Nombre | ANDRES |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1143954779 |
| Fecha de nacimiento: | 5/marzo/1993 | Sexo al momento de nacer: | MASCULINO |
| Condición de la víctima: | PEATON | | |

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

| | | | |
|-------------------------|---------------------|--|-----------|
| Tipo de Ingreso: | ATENCION PROGRAMADA | Clasificación del Triage: | NO APLICA |
| Fecha Hora: | 6/enero/2026 09:50 | 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: | 1/julio/2025 16:45 | | |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | DIAGONAL 23 CON CALLE 25 | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | CDV928 |

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

| | | | |
|-------------------------|--------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | REINA | 2o Apellido | VALENCIA |
| 1er Nombre | JAIRO | 2o Nombre | |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 12919029 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Teléfono: | 3216681970 | Celular: | 3216681970 |
| Dirección: | CARRERA 12E #56-30 | | |

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: | |