



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

|                          |                |                           |            |
|--------------------------|----------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido             | ANDRADE        | 2o Apellido               | ASTAIZA    |
| 1er Nombre               | MARLON         | 2o Nombre                 |            |
| Tipo de identificación:  | CC             | Número de identificación: | 1106514219 |
| Fecha de nacimiento:     | 11/agosto/2005 | 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 07:29  | 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?            | SI           | Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial: | NPY091  |
| Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial: | 760011009401 | Razón social del prestador del transporte:                | RED DE URGENCIAS DE LA COSTA PACIFICA S. A. S |
| 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:   | 4/enero/2026 15:00  | Municipio: | CALI |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA     |            |      |
| Dirección del accidente: | CALLE 13 CARRERA 10 |            |      |
| Vehículo identificado:   | NO                  | Placa:     |      |

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

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| 1er Apellido            | 2o Apellido               |
| 1er Nombre              | 2o Nombre                 |
| Tipo de identificación: | Número de identificación: |
| Departamento:           | Municipio:                |
| Teléfono:               | Celular:                  |
| Dirección:              |                           |

## 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:                |