

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

|                          |                |                           |            |
|--------------------------|----------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido             | MOSQUERA       | 2o Apellido               | RIVAS      |
| 1er Nombre               | ROBER          | 2o Nombre                 | SANTIAGO   |
| Tipo de identificación:  | CC             | Número de identificación: | 1007509707 |
| Fecha de nacimiento:     | 6/octubre/2001 | 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:             | 6/enero/2026 11:18  | 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:   | 2/diciembre/2025 16:35   |            |        |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA          | Municipio: | CALI   |
| Dirección del accidente: | CALLE 70 CON CARRERA 23B |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                       | Placa:     | ZLD22G |

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

|                         |                 |                           |            |
|-------------------------|-----------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | MOSQUERA        | 2o Apellido               | RIVAS      |
| 1er Nombre              | ROBER           | 2o Nombre                 | SANTIAGO   |
| Tipo de identificación: | CC              | Número de identificación: | 1007509707 |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3008613072      | Celular:                  | 3008613072 |
| Dirección:              | CALLE 119 20 51 |                           |            |

## 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:                |  |