



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

|                          |              |                           |            |
|--------------------------|--------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido             | AREVALO      | 2o Apellido               | CASTILLO   |
| 1er Nombre               | ESTEPHANY    | 2o Nombre                 |            |
| Tipo de identificación:  | CC           | Número de identificación: | 1005871514 |
| Fecha de nacimiento:     | 26/mayo/2000 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO   |
| Condición de la víctima: | CONDUTOR     |                           |            |

## 2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

|                         |                        |  |           |
|-------------------------|------------------------|--|-----------|
| Tipo de Ingreso:        | ATENCION PROGRAMADA    | Clasificación del Triage:              | NO APLICA |
| Fecha Hora:             | 5/noviembre/2025 13:29 | 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:   | 27/octubre/2025 06:50   | Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CARRERA 70 CON CALLE 13 |               |                 |            |      |
| Vehículo identificado:   | SI                      | Placa:        | VWZ48G          |            |      |

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

|                         |                      |                           |            |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | AREVALO              | 2o Apellido               | CASTILLO   |
| 1er Nombre              | ESTEPHANY            | 2o Nombre                 |            |
| Tipo de identificación: | CC                   | Número de identificación: | 1005871514 |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA      | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3162201526           | Celular:                  | 3162201526 |
| Dirección:              | CARRERA 2E # 59 D 34 |                           |            |

## 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:                |