

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

|                          |               |                           |            |
|--------------------------|---------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido             | VELASQUEZ     | 2o Apellido               | MUÑOZ      |
| 1er Nombre               | YESSICA       | 2o Nombre                 | TATIANA    |
| Tipo de identificación:  | CC            | Número de identificación: | 1107099247 |
| Fecha de nacimiento:     | 30/junio/1996 | 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:             | 6/noviembre/2025 09:03 | 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/octubre/2025 07:45              |            |        |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA                    | Municipio: | CALI   |
| Dirección del accidente: | AVENIDA 4 NORTE CON CALLE 38 NORTE |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                                 | Placa:     | BWI59F |

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

|                         |                          |                           |            |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | VELASQUEZ                | 2o Apellido               | MUÑOZ      |
| 1er Nombre              | YESSICA                  | 2o Nombre                 | TATIANA    |
| Tipo de identificación: | CC                       | Número de identificación: | 1107099247 |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA          | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3125033832               | Celular:                  | 3125033832 |
| Dirección:              | CALLE 75 NORTE#2A BIS-10 |                           |            |
|                         |                          |                           |            |

## 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:                |  |