

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

1er Apellido	CONEJO	2o Apellido	DIAZ
1er Nombre	ANGEL	2o Nombre	DEMETRIO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	4775120
Fecha de nacimiento:	10/marzo/1958	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUCTOR		

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

Tipo de Ingreso:	ATENCION DE URGENCIAS	Clasificación del Triage:	TRIAGE III
Fecha Hora:	5/enero/2026 17:51	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	760011161001	Razón social del prestador que remite:	UNIDAD MEDICA DE TRAUMA DEL VALLE 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:	POT644
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:	2/enero/2026 08:51		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CARRERA 8 CON CALLE 44		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	OTH84A

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

1er Apellido	CONEJO	2o Apellido	DIAZ
1er Nombre	ANGEL	2o Nombre	DEMETRIO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	4775120
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3122262230	Celular:	3122262230
Dirección:	CALLE 2 4 164		

## 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:	