

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

|                          |                   |                           |          |
|--------------------------|-------------------|---------------------------|----------|
| 1er Apellido             | PEÑA              | 2o Apellido               | CASTILLO |
| 1er Nombre               | LURY              | 2o Nombre                 | SOLANYI  |
| Tipo de identificación:  | CC                | Número de identificación: | 24816287 |
| Fecha de nacimiento:     | 27/diciembre/1984 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO |
| 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 01:09    | 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?            | SI           | Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial: | DCM578                         |
| Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial: | 760011564001 | Razón social del prestador del transporte:                | GRUPO PROFESIONAL EN SALUD SAS |
| 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 22:20      |            |        |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA         | Municipio: | CALI   |
| Dirección del accidente: | CARRERA 39 CON CALLE 55 |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                      | Placa:     | XXQ27D |

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

|                         |                  |                           |            |
|-------------------------|------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | PEÑA             | 2o Apellido               | CASTILLO   |
| 1er Nombre              | LURY             | 2o Nombre                 | SOLANYI    |
| Tipo de identificación: | CC               | Número de identificación: | 24816287   |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA  | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3006141310       | Celular:                  | 3006141310 |
| Dirección:              | CALLE 46 #56B-46 |                           |            |

## 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:                |  |