



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | ARIAS | 2o Apellido | OCAMPO |
| 1er Nombre | JULIANA | 2o Nombre | |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1107041027 |
| Fecha de nacimiento: | 9/noviembre/2004 | 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: | 6/noviembre/2025 16:05 | 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: | 7/enero/2025 07:30 | Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CARRERA 7 L CALLE 70 | | | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | BWK58H | | |

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

| | | | |
|-------------------------|-----------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | ARIAS | 2o Apellido | OCAMPO |
| 1er Nombre | JULIANA | 2o Nombre | |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1107041027 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Teléfono: | 3145724142 | Celular: | 3145724142 |
| Dirección: | CALLE 64 # 5-29 | | |

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: |