

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

|                          |              |                           |            |
|--------------------------|--------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido             | N            | 2o Apellido               |            |
| 1er Nombre               | N            | 2o Nombre                 | N          |
| Tipo de identificación:  | AS           | Número de identificación: | 76001D1296 |
| Fecha de nacimiento:     | 1/enero/1994 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO   |
| Condición de la víctima: | PEATON       |                           |            |

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

|                         |                       |  |  |
|-------------------------|-----------------------|--|--|
| Tipo de Ingreso:        | ATENCION DE URGENCIAS | Clasificación del Triage:              | TRIAGE I                               |
| Fecha Hora:             | 2/enero/2026 16:14    | 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?            | SI           | Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial: | NZT528  |
| 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 14:50     |            |        |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA        | Municipio: | CALI   |
| Dirección del accidente: | CARRERA 5 CON CALLE 10 |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                     | Placa:     | BJU90H |

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

|                         |                 |                           |            |
|-------------------------|-----------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | REINA           | 2o Apellido               | MEJIA      |
| 1er Nombre              | CRISTIAN        | 2o Nombre                 | CAMILA     |
| Tipo de identificación: | CC              | Número de identificación: | 1005090184 |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               |                 | Celular:                  |            |
| Dirección:              |                 |                           |            |

## 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:                |  |