



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

|                          |              |                           |            |
|--------------------------|--------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido             | RODRIGUEZ    | 2o Apellido               | GONZALEZ   |
| 1er Nombre               | JAMES        | 2o Nombre                 | ANDRES     |
| Tipo de identificación:  | CC           | Número de identificación: | 1006184934 |
| Fecha de nacimiento:     | 9/enero/2000 | Sexo al momento de nacer: | MASCULINO  |
| 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:             | 10/septiembre/2025 03:24 | 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: | KQP690  |
| 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:   | 9/septiembre/2025 20:30            | Municipio: | CALI   |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA                    |            |        |
| Dirección del accidente: | KILOMETRO 17 VIA CALI - CANDELARIA |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                                 | Placa:     | SIN62F |

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

|                         |                                     |                           |            |
|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | RODRIGUEZ                           | 2o Apellido               | GONZALEZ   |
| 1er Nombre              | JAMES                               | 2o Nombre                 | ANDRES     |
| Tipo de identificación: | CC                                  | Número de identificación: | 1006184934 |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA                     | Municipio:                | CANDELARIA |
| Teléfono:               | 3146131851                          | Celular:                  | 3146131851 |
| Dirección:              | CARRERA 71 CALLE 22D B/ LOS ANGELES |                           |            |

## 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:                |