

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

|                          |              |                           |            |
|--------------------------|--------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido             | GALLEGO      | 2o Apellido               | AGUIRRE    |
| 1er Nombre               | CARLOS       | 2o Nombre                 | ARIEL      |
| Tipo de identificación:  | CC           | Número de identificación: | 1097729661 |
| Fecha de nacimiento:     | 8/junio/1997 | Sexo al momento de nacer: | MASCULINO  |
| Condición de la víctima: | CONDUCTOR    |                           |            |

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

|                         |                     |  |           |
|-------------------------|---------------------|--|-----------|
| Tipo de Ingreso:        | ATENCION PROGRAMADA | Clasificación del Triage:              | NO APLICA |
| Fecha Hora:             | 5/enero/2026 16:13  | 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:   | 20/diciembre/2025 13:40 |            |        |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA         | Municipio: | CALI   |
| Dirección del accidente: | CARRERA 2 CON CALLE 45  |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                      | Placa:     | PUK99E |

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

|                         |                     |                           |            |
|-------------------------|---------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | GALLEGO             | 2o Apellido               | AGUIRRE    |
| 1er Nombre              | CARLOS              | 2o Nombre                 | ARIEL      |
| Tipo de identificación: | CC                  | Número de identificación: | 1097729661 |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA     | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3137734726          | Celular:                  | 3137734726 |
| Dirección:              | CARRERA 1A 5F 73 16 |                           |            |

## 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:                |  |