

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	GUAMANGA	2o Apellido	VIDAL
1er Nombre	LIDA	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	34503961
Fecha de nacimiento:	3/junio/1985	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
Condición de la víctima:	PEATON		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	5/enero/2026 09:48	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:	3/agosto/2025 11:00		
Departamento:	CAUCA	Municipio:	SANTANDER DE QUILICHAO
Dirección del accidente:	KILOMETRO 25 VIA SANTA LUCIA -SANTANDER DE QUILICHAO		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	QFV947

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

1er Apellido	NARVAEZ	2o Apellido	ÑAÑEZ
1er Nombre	REINALDO	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	10697559
Departamento:	CAUCA	Municipio:	SANTANDER DE QUILICHAO
Teléfono:	3175928772	Celular:	3175928772
Dirección:	CARRERA 34 # 28-82 P		

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:	