

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

|                          |               |                           |          |
|--------------------------|---------------|---------------------------|----------|
| 1er Apellido             | RUIZ          | 2o Apellido               | MUÑOZ    |
| 1er Nombre               | MARTHA        | 2o Nombre                 | ISABEL   |
| Tipo de identificación:  | CC            | Número de identificación: | 52191332 |
| Fecha de nacimiento:     | 18/marzo/1975 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO |
| 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:             | 6/noviembre/2025 09:02 | 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:   | 19/junio/2025 10:00            |            |        |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA                | Municipio: | CALI   |
| Dirección del accidente: | CARRERA 25 CON TRANSVERSAL 103 |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                             | Placa:     | SEA47G |

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

|                         |                    |                           |            |
|-------------------------|--------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | RUIZ               | 2o Apellido               | MUÑOZ      |
| 1er Nombre              | MARTHA             | 2o Nombre                 | ISABEL     |
| Tipo de identificación: | CC                 | Número de identificación: | 52191332   |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA    | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3158248984         | Celular:                  | 3158248984 |
| Dirección:              | CALLE 70 # 12 B 83 |                           |            |

## 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:                |  |