

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	MENA	2o Apellido	MUÑOZ
1er Nombre	LUIS	2o Nombre	FERNANDO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1144103656
Fecha de nacimiento:	8/agosto/1998	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUCTOR		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION DE URGENCIAS	Clasificación del Triage:	TRIAGE III
Fecha Hora:	31/diciembre/2025 07:17	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?	SI	Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial:	CZI356
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	760011572101	Razón social del prestador del transporte:	GRUPO EMPRESARIAL RESCATE CUIDADO PREHOSPITALARIO RCP SAS
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:	31/diciembre/2025 06:40		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 10 CON CARRERA 39		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	HET97G

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

1er Apellido	MENA	2o Apellido	MUÑOZ
1er Nombre	LUIS	2o Nombre	FERNANDO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1144103656
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3218418819	Celular:	3218418819
Dirección:	CALLE 3 C OESTE 93 C 03		

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:	