



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	MUÑOZ	2o Apellido	
1er Nombre	JOIVER	2o Nombre	ANDRES
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1118257021
Fecha de nacimiento:	28/agosto/1988	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:	6/enero/2026 17:00	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:	12/noviembre/2025 09:38	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	CARRERA 1 CON CALLE 44		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	EJA50F

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

1er Apellido	MUÑOZ	2o Apellido	
1er Nombre	JOIVER	2o Nombre	ANDRES
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1118257021
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3168639186	Celular:	3168639186
Dirección:	CARRERA 2 21 26		

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:	