



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

1er Apellido:	N	2o Apellido:	
1er Nombre:	N	2o Nombre:	N
Tipo de identificación:	AS	Número de identificación:	76001D1296
Fecha de nacimiento:	1/enero/1994	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
Condición de la víctima:	PEATON		

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

Tipo de Ingreso:	ATENCION DE URGENCIAS	Clasificación del Triage:	TRIAGE I
Fecha Hora:	2/enero/2026 16:14	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	760010961401	Razón social del prestador que remite:	INVERSIONES MEDICAS VALLE SALUD S.A.S.
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI

## 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:	NZT528
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	760011009401	Razón social del prestador del transporte:	RED DE URGENCIAS DE LA COSTA PACIFICA S. A. S
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:	2/enero/2026 14:50	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	CARRERA 5 CON CALLE 10		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	BJU90H

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

1er Apellido	REINA	2o Apellido	MEJIA
1er Nombre	CRISTIAN	2o Nombre	CAMILA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1005090184
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:		Celular:	
Dirección:			

## 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: