

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

1er Apellido	MUÑOZ	2o Apellido	LASSO
1er Nombre	CRISTIAN	2o Nombre	ALEJANDRO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1151946319
Fecha de nacimiento:	18/abril/1992	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
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:	1/noviembre/2025 14:46	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	760011018701	Razón social del prestador que remite:	CENTRO MEDICO Y DE REHABILITACION VALLE SALUD SAS
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI

### 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/agosto/2025 20:00		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 19 NORTE CON AVENIDA 6 N		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	WGK30D

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

1er Apellido	MUÑOZ	2o Apellido	LASSO
1er Nombre	CRISTIAN	2o Nombre	ALEJANDRO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1151946319
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3059202226	Celular:	3059202226
Dirección:	DIAGONAL 48 OESTE #13 - 31		

## 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:	