



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

1er Apellido	MUÑOZ	2o Apellido	PEREZ
1er Nombre	MARIA	2o Nombre	LEIVIS
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	29434221
Fecha de nacimiento:	3/agosto/1970	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
Condición de la víctima:	PEATON		

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

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	1/noviembre/2025 07:10	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:	18/octubre/2025 08:23	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	TRANSVERSAL 103 CON CALLE 84				
Vehículo identificado:	NO	Placa:			

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

1er Apellido	2o Apellido
1er Nombre	2o Nombre
Tipo de identificación:	Número de identificación:
Departamento:	Municipio:
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: