

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|---------------------|---------------------------|----------|
| 1er Apellido | DIAZ | 2o Apellido | |
| 1er Nombre | LUZ | 2o Nombre | DARY |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 31905793 |
| Fecha de nacimiento: | 9/septiembre/1963 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO |
| Condición de la víctima: | USUARIO MOTOCICLETA | | |

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

| | | | |
|-------------------------|------------------------|--|-----------|
| Tipo de Ingreso: | ATENCION PROGRAMADA | Clasificación del Triage: | NO APLICA |
| Fecha Hora: | 4/noviembre/2025 09:54 | 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: | 16/agosto/2025 18:40 | | |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CALLE 5 CON CARRERA 44 | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | RBI66E |

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

| | | | |
|-------------------------|--------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | MILLAN | 2o Apellido | CIDAL |
| 1er Nombre | LUZ | 2o Nombre | CARIME |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1107508960 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Teléfono: | | Celular: | 3181589836 |
| Dirección: | CARRERA 37 # 32-64 | | |

6. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA LA ATENCIÓN

| | | | |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------|----------|
| 1er Apellido | CHACON | 2o Apellido | GONZALEZ |
| 1er Nombre | GENIDES | 2o Nombre | MARINO |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 94458800 |
| Cargo: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Celular: | |
| Teléfono: | 4860777 | Extensión: | |