



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	GOMEZ	2o Apellido	DE PANIAGUA
1er Nombre	ARGENIS	2o Nombre	DE JESUS
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	29627267
Fecha de nacimiento:	29/octubre/1955	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
Condición de la víctima:	PASAJERO		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	4/noviembre/2025 08:15	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:	15/agosto/2025 09:59	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	KILOMETRO 4 VIA CALI - PUERTO TEJADA		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	BIQ478

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

1er Apellido	GOMEZ	2o Apellido	ARAGON
1er Nombre	JOSE	2o Nombre	DAVID
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1060419193
Departamento:	CAUCA	Municipio:	SANTANDER DE QUILICHAO
Teléfono:	3218841030	Celular:	3218841030
Dirección:	CALLE 82 # 22B - 73 B/ CIUDAD DEL SUR		

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: