



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	MUÑOZ	2o Apellido	MOLINA
1er Nombre	HAROLD	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	16654025
Fecha de nacimiento:	19/febrero/1961	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUTOR		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	10/septiembre/2025 14:10	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?	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:	1/septiembre/2025 21:01	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	CALLE 12 OESTE CON AVENIDA 36		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	IUT60C

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

1er Apellido	MUÑOZ	2o Apellido	MOLINA
1er Nombre	HAROLD	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	16654025
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3218991670	Celular:	3218991670
Dirección:	AVENIDAD 9 OESTE #46-38		

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: