

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|---------------|---------------------------|-----------|
| 1er Apellido | MIJARES | 2o Apellido | SILVA |
| 1er Nombre | ESLEY | 2o Nombre | JOSE |
| Tipo de identificación: | PT | Número de identificación: | 7169377 |
| Fecha de nacimiento: | 13/junio/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: | 5/noviembre/2025 13:32 | 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: | 7/julio/2025 01:00 | | |
| Departamento: | CAUCA | Municipio: | PUERTO TEJADA |
| Dirección del accidente: | KILOMETRO 25 VIA PUERTO TEJADA LA ESPERANZA | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | ZFS85D |

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

| | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------|
| 1er Apellido | MIJARES | 2o Apellido | SILVA |
| 1er Nombre | ESLEY | 2o Nombre | JOSE |
| Tipo de identificación: | PT | Número de identificación: | 7169377 |
| Departamento: | CAUCA | Municipio: | PUERTO TEJADA |
| Teléfono: | 3137883368 | Celular: | 3137883368 |
| Dirección: | CALLE 18 # 17 67 LA ESPERANZA | | |

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: | |