



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	BONILLA	2o Apellido	MUÑOZ
1er Nombre	MIGUEL	2o Nombre	ANGEL
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1006034492
Fecha de nacimiento:	24/marzo/1996	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
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:	5/noviembre/2025 15:00	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:	23/mayo/2025 16:51	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	AVENIDA 4 BIS OESTE CON CALLE 19				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	ZRM85G		

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

1er Apellido	ALZATE	2o Apellido	BONILLA
1er Nombre	MARLY	2o Nombre	TATIANA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1118301732
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	YUMBO
Teléfono:	3226775552	Celular:	3226775552
Dirección:	CALLE 17B #13E - 03		

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: