

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|--------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | LENGUA | 2o Apellido | ITAZ |
| 1er Nombre | YUSTIN | 2o Nombre | |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1033780054 |
| Fecha de nacimiento: | 15/septiembre/1995 | 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 14:12 | 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: | 18/septiembre/2025 04:20 | | |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CARRERA 8 CON CALLE 44 | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | QMV27E |

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

| | | | |
|-------------------------|---|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | LENGUA | 2o Apellido | ITAZ |
| 1er Nombre | YUSTIN | 2o Nombre | |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1033780054 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CANDELARIA |
| Teléfono: | 3105634007 | Celular: | 3105634007 |
| Dirección: | CALLE 12 B #5 A OESTE 113 - POBLADO CAMPESTRE | | |

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: | |