



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	MARQUEZ	2o Apellido	CHAGUENDO
1er Nombre	SARA	2o Nombre	ISABEL
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1143951045
Fecha de nacimiento:	14/mayo/1992	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
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:	4/noviembre/2025 10:37	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:	25/octubre/2025 06:00	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CARRERA 23 CON CALLE 48				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	XCM32F		

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

1er Apellido	MARQUEZ	2o Apellido	CHAGUENDO
1er Nombre	SARA	2o Nombre	ISABEL
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1143951045
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3126796750	Celular:	3126796750
Dirección:	CALLE 98 A # 26 I - 29		

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: