



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	FALLA	2o Apellido	MOSQUERA
1er Nombre	CARLOS	2o Nombre	ESTIVEN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1144188543
Fecha de nacimiento:	21/agosto/1995	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	PASAJERO		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	6/noviembre/2025 14:46	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:	10/abril/2025 08:13	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 25 CARRERA 66				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	VCQ937		

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

1er Apellido	GOMEZ	2o Apellido	ARIAS
1er Nombre	JOSE	2o Nombre	JESUS
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	16277081
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3122506844	Celular:	3122506844
Dirección:	CALLE 72I2 # 28B1-937		

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: