

## 1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	SAMUEL	2o Apellido	CHAMORRO
1er Nombre	JULIETH	2o Nombre	FERNANDA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1143924464
Fecha de nacimiento:	19/diciembre/1988	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
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:	4/noviembre/2025 16:00	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:	6/septiembre/2025 12:44		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 72U CON CARRERA 27 F		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	LIJ97H

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

1er Apellido	SAMUEL	2o Apellido	CHAMORRO
1er Nombre	JULIETH	2o Nombre	FERNANDA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1143924464
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3146598033	Celular:	3146598033
Dirección:	CALLE 85 #27-30		

## 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:	