



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	BALLESTEROS	2o Apellido	ACOSTA
1er Nombre	FRANCI	2o Nombre	LILIANA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1130948528
Fecha de nacimiento:	5/mayo/1994	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
Condición de la víctima:	CICLISTA		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	6/noviembre/2025 16:13	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:	26/octubre/2025 21:00	Departamento:	CAUCA	Municipio:	VILLA RICA
Dirección del accidente:	CARRERA 6 CON CALLE 4				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	COF407		

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

1er Apellido	COLLAZOS	2o Apellido	VALENCIA
1er Nombre	NESTOR	2o Nombre	RAUL
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	10740506
Departamento:	CAUCA	Municipio:	VILLA RICA
Teléfono:	3136756718	Celular:	3136756718
Dirección:	CALLE 5 #15-45		

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: