

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

1er Apellido	ESPINOSA	2o Apellido	GRAJALES
1er Nombre	LISDYD	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	29306263
Fecha de nacimiento:	28/agosto/1968	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:	4/noviembre/2025 14:48	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	760011161001	Razón social del prestador que remite:	UNIDAD MEDICA DE TRAUMA DEL VALLE S.A.S
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI

### 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:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CARRERA 3B NORTE CON CALLE 82N		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	WTH24G

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

1er Apellido	ESPINOSA	2o Apellido	GRAJALES
1er Nombre	LISDYD	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	29306263
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	PALMIRA
Teléfono:	3104569088	Celular:	3104569088
Dirección:	CALLE 104 # 37 - 43 B/ CIUDAD DEL CAMPO		

## 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:	