

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	QUIÑONES	2o Apellido	MONTAÑO
1er Nombre	LUZ	2o Nombre	AMANDA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1089512764
Fecha de nacimiento:	15/junio/2001	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:	6/enero/2026 09:52	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/diciembre/2025 09:06		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	AVENIDA 6 NORTE CALLE 49		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	TGN99G

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

1er Apellido	QUIÑONES	2o Apellido	MONTAÑO
1er Nombre	LUZ	2o Nombre	AMANDA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1089512764
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3004546351	Celular:	3004546351
Dirección:	CALLE 72J2 26L 106		

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:	