



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	VALLE	2o Apellido	BERNAL
1er Nombre	JEISMY	2o Nombre	CHIQUINQUIRA
Tipo de identificación:	PT	Número de identificación:	6569086
Fecha de nacimiento:	13/noviembre/1978	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
Condición de la víctima:	USUARIO MOTOCICLETA		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	5/noviembre/2025 15:46	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:	24/septiembre/2025 20:30	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 9 CON CARRERA 10				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	WXF89D		

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

1er Apellido	SUAREZ	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	DUGLAS	2o Nombre	ALBERTO
Tipo de identificación:	PT	Número de identificación:	1254076
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3003077814	Celular:	3003077814
Dirección:	CALLE 9 # 10-104		

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: