



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

1er Apellido	QUIÑONEZ	2o Apellido	RINCON
1er Nombre	CRUZ	2o Nombre	ABEL
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	6100668
Fecha de nacimiento:	17/julio/1979	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUTOR		

## 2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	6/enero/2026 09:03	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:	28/diciembre/2025 23:05	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CARRERA 26 CON CALLE 101				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	TJG27G		

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

1er Apellido	QUIÑONEZ	2o Apellido	RINCON
1er Nombre	CRUZ	2o Nombre	ABEL
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	6100668
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3113380147	Celular:	3113380147
Dirección:	CARRERA 25 101 31 CIUDA 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: