

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|-------------------|---------------------------|----------|
| 1er Apellido | CASTAÑO | 2o Apellido | |
| 1er Nombre | MARLENNY | 2o Nombre | |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 55057608 |
| Fecha de nacimiento: | 5/septiembre/1965 | 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: | 5/enero/2026 12:50 | 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: | 3/diciembre/2025 14:28 | | |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CARRERA 8 CON CALLE 39 | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | ZFJ55F |

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

| | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | CASTAÑO | 2o Apellido | |
| 1er Nombre | MARLENNY | 2o Nombre | |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 55057608 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | FLORIDA |
| Teléfono: | 3138629734 | Celular: | 3138629734 |
| Dirección: | CALLE 2B 3 47 SAN ANTONIO | | |

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: | |