

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	NIEVA	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	NATALIA	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1007525829
Fecha de nacimiento:	4/abril/2003	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/noviembre/2025 07:00	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	763641004702	Razón social del prestador que remite:	CENTRO MEDICO SERVISALUD INTEGRAL IPS S.A.S
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ

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:	25/septiembre/2025 13:22		
Departamento:	CAUCA	Municipio:	VILLA RICA
Dirección del accidente:	VIA JAMUNDI SANTANDER DE QUILICHAO KILOMETRO 88		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	IQJ52E

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

1er Apellido	NIEVA	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	NATALIA	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1007525829
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ
Teléfono:	3150650951	Celular:	3150650951
Dirección:	CALLE 5 CARRERA 1C SUR / VILLA DEL SOL		

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:	