

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	RAMIREZ	2o Apellido	CRUZ
1er Nombre	LEIDY	2o Nombre	JHOANA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1107075595
Fecha de nacimiento:	19/agosto/2005	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:	1/noviembre/2025 09:04	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/octubre/2025 02:03		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 73 CARRERA 28		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	VXJ46G

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

1er Apellido	RAMIREZ	2o Apellido	CRUZ
1er Nombre	LEIDY	2o Nombre	JHOANA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1107075595
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3163018075	Celular:	3163018075
Dirección:	CARRERA 31 A # 30 A 76		

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:	