



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|---------------|---------------------------|-----------|
| 1er Apellido | RAMOS | 2o Apellido | IRAGORRI |
| 1er Nombre | DUBER | 2o Nombre | ALVERTO |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 16831065 |
| Fecha de nacimiento: | 17/junio/1968 | 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: | 4/noviembre/2025 14:00 | 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: | 7/agosto/2025 11:00 | Departamento: | CAUCA | Municipio: | PUERTO TEJADA |
| Dirección del accidente: | CALLE 1 CON CARRERA 4 | | | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | FOD73E | | |

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

| | | | |
|-------------------------|-------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | RAMOS | 2o Apellido | IRAGORRI |
| 1er Nombre | DUBER | 2o Nombre | ALVERTO |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 16831065 |
| Departamento: | CAUCA | Municipio: | VILLA RICA |
| Teléfono: | | Celular: | 3043836057 |
| Dirección: | CARRERA 7 #2 - 24 | | |

6. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA LA ATENCIÓN

| | | | |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------|----------|
| 1er Apellido | CHACON | 2o Apellido | GONZALEZ |
| 1er Nombre | GENIDES | 2o Nombre | MARINO |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 94458800 |
| Cargo: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Celular: | |
| Teléfono: | 4860777 | Extensión: | |