

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|--------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | SOLIS | 2o Apellido | MINA |
| 1er Nombre | JOSE | 2o Nombre | IVAN |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1111748623 |
| Fecha de nacimiento: | 9/junio/1985 | Sexo al momento de nacer: | MASCULINO |
| 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/enero/2026 13:02 | 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: | 14/noviembre/2025 09:35 | | |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | JAMUNDÍ |
| Dirección del accidente: | CARRERA 4 CON CALLE 8 | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | WHD91C |

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

| | | | |
|-------------------------|-----------------------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | SOLIS | 2o Apellido | MINA |
| 1er Nombre | JOSE | 2o Nombre | IVAN |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1111748623 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Teléfono: | 3154128931 | Celular: | 3154128931 |
| Dirección: | CARRERA 27D 1 # 121-13 B/ DECEPAZ | | |

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: | |