

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	CARVAJAL	2o Apellido	NARVAEZ
1er Nombre	LADY	2o Nombre	FERNANDA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	67040496
Fecha de nacimiento:	28/enero/1986	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
Condición de la víctima:	PASAJERO		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	6/enero/2026 08:18	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:	21/diciembre/2025 03:30		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	FLORIDA
Dirección del accidente:	KILOMETRO 0.5 VIA CALANDRA SAN ANTONIO		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	HMO483

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

1er Apellido	AGUILAR	2o Apellido	BLANDON
1er Nombre	JUAN	2o Nombre	CAMILO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1116272279
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	FLORIDA
Teléfono:	3233485921	Celular:	3233485921
Dirección:	CARRERA 17 12 80		

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:	