



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	ANGULO	2o Apellido	GUTIERREZ
1er Nombre	MARIA	2o Nombre	EDID
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	31966697
Fecha de nacimiento:	4/agosto/1967	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
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:	5/noviembre/2025 14:13	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:	3/octubre/2025 18:34	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 9 CON CARRERA 42				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	VCV718		

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

1er Apellido	CHAPARRO	2o Apellido	ENRIQUEZ
1er Nombre	CESAR	2o Nombre	ANDRES
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	10592856
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	4866867	Celular:	4866867
Dirección:	CARRERA 36 # 16 - 32		

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: