

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	MOSQUERA	2o Apellido	SANDOVAL
1er Nombre	JHONNY	2o Nombre	ALEJANDRO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1007433106
Fecha de nacimiento:	14/octubre/2000	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	PASAJERO		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION DE URGENCIAS	Clasificación del Triage:	TRIAGE III
Fecha Hora:	1/enero/2026 08:41	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	196980001601	Razón social del prestador que remite:	HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER E.S.E. NIVEL II
Departamento:	CAUCA	Municipio:	SANTANDER DE QUILICHAO

3. INFORMACIÓN DEL TRANSPORTE AL PRIMER SITIO DE ATENCIÓN

Víctima fue trasladada en servicio de transporte asistencial?	SI	Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial:	DSN972
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	190010953201	Razón social del prestador del transporte:	AMBULANCIAS SERVIMEDIC S.A.S
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:	31/diciembre/2025 19:00		
Departamento:	CAUCA	Municipio:	SANTANDER DE QUILICHAO
Dirección del accidente:	KILOMETRO 6 VIA SANTANDER DE QUILICHAO-MONDOMO		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	SDW489

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

1er Apellido	MOSQUERA	2o Apellido	SANCHEZ
1er Nombre	ALEX	2o Nombre	YOBANY
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	10492903
Departamento:	CAUCA	Municipio:	SANTANDER DE QUILICHAO
Teléfono:	3217198522	Celular:	3217198522
Dirección:	KILOMETRO 1 VIA MONDOMO-LAS VERANERAS		

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:	