



## 1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	GONZALEZ	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	SEBASTIAN	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1109664108
Fecha de nacimiento:	13/noviembre/2005	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUTOR		

## 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 20:47	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	761300370901	Razón social del prestador que remite:	ESE - HOSPITAL LOCAL
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CANDELARIA

## 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:	OCN139
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	761300370901	Razón social del prestador del transporte:	ESE - HOSPITAL LOCAL
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:	1/enero/2026 07:00	Municipio:	CANDELARIA
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	KILOMETRO 4 VIA CANDELARIA CALI		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	GRE10E

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

1er Apellido	GONZALEZ	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	SEBASTIAN	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1109664108
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CANDELARIA
Teléfono:	3235027872	Celular:	3235027872
Dirección:	CALLE 22 B 13 36		

## 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: