



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	GONZALEZ	2o Apellido	PALACIOS
1er Nombre	DIDIER	2o Nombre	ALEXIS
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1118306565
Fecha de nacimiento:	17/abril/1996	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUTOR		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	6/noviembre/2025 13:42	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	760010961401	Razón social del prestador que remite:	INVERSIONES MEDICAS VALLE SALUD S.A.S.
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI

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:	POT644
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	760011009401	Razón social del prestador del transporte:	RED DE URGENCIAS DE LA COSTA PACIFICA 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:	4/noviembre/2025 14:00	Municipio:	YUMBO
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	TRANSVERSAL 1 CON DIAGONAL 18		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	ZRR14G

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

1er Apellido	GONZALEZ	2o Apellido	PALACIOS
1er Nombre	DIDIER	2o Nombre	ALEXIS
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1118306565
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	YUMBO
Teléfono:	3104501100	Celular:	3104501100
Dirección:	CARRERA 18 E 7 31		

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: