



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	BALANTA	2o Apellido	MINA
1er Nombre	UBARNELLY	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	29349616
Fecha de nacimiento:	26/julio/1982	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 07:03	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:	29/diciembre/2025 05:40	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CANDELARIA
Dirección del accidente:	KILOMETRO 29 VIA PUERTO TEJADA CANDELARIA				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	BYA38A		

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

1er Apellido	GARCIA	2o Apellido	
1er Nombre	OSCAR	2o Nombre	ALIRIO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	2530394
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CANDELARIA
Teléfono:	3116523265	Celular:	3116523265
Dirección:	CALLE 3D 7 12		

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: