



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

1er Apellido	JIMENEZ	2o Apellido	PALECHOR
1er Nombre	ALEXANDER	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1060989114
Fecha de nacimiento:	8/julio/1991	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:	31/diciembre/2025 01:20	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?	SI	Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial:	OKZ009
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	760010395810	Razón social del prestador del transporte:	E.S.E. RED DE SALUD DEL CENTRO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS
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:	28/diciembre/2025 16:00	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 20 OESTE CARRERA 83				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	UDX22F		

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

1er Apellido	JIMENEZ	2o Apellido	PALECHOR
1er Nombre	ALEXANDER	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1060989114
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3143044141	Celular:	3143044141
Dirección:	CALLE 4 BIS OESTE 87 21		

## 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: