



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	GONZALEZ	2o Apellido	RESTREPO
1er Nombre	DIANA	2o Nombre	MARCELA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1144195502
Fecha de nacimiento:	27/junio/1996	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
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:	2/enero/2026 06:05	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:	DCM618
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	760011293901	Razón social del prestador del transporte:	GRUPO HYC CALI SAS
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:	2/enero/2026 05:23	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 70 CON CARRERA 7M				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	NIV85D		

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

1er Apellido	GONZALEZ	2o Apellido	RESTREPO
1er Nombre	DIANA	2o Nombre	MARCELA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1144195502
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3052627678	Celular:	3052627678
Dirección:	CARRERA 1A #73-04		

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: