

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	CORDOBA	2o Apellido	GUERRERO
1er Nombre	SANTIAGO	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1007696589
Fecha de nacimiento:	9/septiembre/2001	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUCTOR		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION DE URGENCIAS	Clasificación del Triage:	TRIAGE III
Fecha Hora:	5/enero/2026 02:25	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	765630408201	Razón social del prestador que remite:	ESE HOSPITAL SAN ROQUE
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	PRADERA

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:	OGK036
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	763180202701	Razón social del prestador del transporte:	HOSPITAL SAN ROQUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE GUACARÍ VALLE
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/enero/2026 20:00		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CARRERA 7 CON CALLE 6		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	LCA29C

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

1er Apellido	CORDOBA	2o Apellido	GUERRERO
1er Nombre	SANTIAGO	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1007696589
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	GUACARÍ
Teléfono:	3234616689	Celular:	3234616689
Dirección:	CALLE 4 #2-156		

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:	