



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	MARIN	2o Apellido	MARTINEZ
1er Nombre	MAICOL	2o Nombre	ANDRES
Tipo de identificación:	TI	Número de identificación:	1112932750
Fecha de nacimiento:	21/agosto/2010	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/enero/2026 13:39	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:	13/diciembre/2025 14:27	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	EL DOVIO
Dirección del accidente:	KILOMETRO 14 VIA CAJAMARCA - DOVIO				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	HSJ10H		

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

1er Apellido	MARIN	2o Apellido	MARTINEZ
1er Nombre	MAICOL	2o Nombre	ANDRES
Tipo de identificación:	TI	Número de identificación:	1112932750
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	EL DOVIO
Teléfono:	3152067509	Celular:	3152067509
Dirección:	KILOMETRO 1 VEREDA MATE CAÑA		

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: