



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	BEJARANO	2o Apellido	GRAJALES
1er Nombre	JAIME	2o Nombre	STIVEN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1114460340
Fecha de nacimiento:	8/octubre/1999	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:	5/enero/2026 02:15	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	Municipio:	GUACARÍ
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	CARRERA 7 CON CALLE 6		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	BQF53C

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

1er Apellido	BEJARANO	2o Apellido	GRAJALES
1er Nombre	JAIME	2o Nombre	STIVEN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1114460340
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	GUACARÍ
Teléfono:	3188518877	Celular:	3188518877
Dirección:	KILOMETRO 1 VIA GUACARI-SONSO		

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: