

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

1er Apellido	CASTRILLON	2o Apellido	OBANDO
1er Nombre	FRANCELINA	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	66997072
Fecha de nacimiento:	6/septiembre/1976	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
Condición de la víctima:	CONDUCTOR		

### 2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	4/enero/2026 10:38	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	763641004702	Razón social del prestador que remite:	CENTRO MEDICO SERVISALUD INTEGRAL IPS S.A.S
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ

### 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:	KQP690
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	760011009401	Razón social del prestador del transporte:	RED DE URGENCIAS DE LA COSTA PACIFICA S. A. S
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 22:50		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ
Dirección del accidente:	TRONCAL 25 CON KILOMETRO 101		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	OGR58C

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

1er Apellido	CASTRILLON	2o Apellido	OBANDO
1er Nombre	FRANCELINA	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	66997072
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ
Teléfono:	3186088342	Celular:	3186088342
Dirección:	CALLE 8 H # 72 S - 81 B/ GIRASOLES		

## 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:	