



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|---------------|---------------------------|----------|
| 1er Apellido | BRAVO | 2o Apellido | GONZALES |
| 1er Nombre | MARIA | 2o Nombre | ELCI |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 31527839 |
| Fecha de nacimiento: | 30/junio/1969 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO |
| 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 12:55 | Víctima viene remitida: | SI |
| Código de habilitación: | 7636411004702 | 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: | POT638 |
| 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: | 5/enero/2026 12:42 | Municipio: | JAMUNDÍ |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | | |
| Dirección del accidente: | CARRERA 6 SURE CALLE 2 | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | ZBY85D |

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

| | | | |
|-------------------------|-----------------------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | BRAVO | 2o Apellido | GONZALES |
| 1er Nombre | MARIA | 2o Nombre | ELCI |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 31527839 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | JAMUNDÍ |
| Teléfono: | 3206121142 | Celular: | 3206121142 |
| Dirección: | CARRERA 7 SUR 34 53 B AMIGOS 2000 | | |

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: |