

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	REALPE	2o Apellido	QUINAYAS
1er Nombre	ALIRIO	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	10487966
Fecha de nacimiento:	28/abril/1970	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:	31/diciembre/2025 21:09	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	196980001601	Razón social del prestador que remite:	HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER E.S.E. NIVEL II
Departamento:	CAUCA	Municipio:	SANTANDER DE QUILICHAO

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:	DSN972
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	190010953201	Razón social del prestador del transporte:	AMBULANCIAS SERVIMEDIC 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:	30/diciembre/2025 06:40		
Departamento:	CAUCA	Municipio:	SANTANDER DE QUILICHAO
Dirección del accidente:	KILOMETRO 4 VIA SANTANDER DE QUILICHAO VILLA RICA		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	PSG27G

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

1er Apellido	REALPE	2o Apellido	QUINAYAS
1er Nombre	ALIRIO	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	10487966
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ
Teléfono:		Celular:	3103840880
Dirección:	CALLE 10 H 50 20		

6. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA LA ATENCIÓN

1er Apellido	CHACON	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	GENIDES	2o Nombre	MARINO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	94458800
Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Celular:	
Teléfono:	4860777	Extensión:	