

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	VELASQUEZ	2o Apellido	VILLA
1er Nombre	JEAN	2o Nombre	CARLOS
Tipo de identificación:	TI	Número de identificación:	1114823203
Fecha de nacimiento:	21/diciembre/2008	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:	4/enero/2026 09:06	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	762480472201	Razón social del prestador que remite:	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	EL CERRITO

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:	OJZ418
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	762480472201	Razón social del prestador del transporte:	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
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 00:30		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	EL CERRITO
Dirección del accidente:	CARRERA 15 CON CALLE 5		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	LNV92F

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

1er Apellido	VELASQUEZ	2o Apellido	VILLA
1er Nombre	JEAN	2o Nombre	CARLOS
Tipo de identificación:	TI	Número de identificación:	1114823203
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	EL CERRITO
Teléfono:	3189962198	Celular:	3189962198
Dirección:	CALLE 1 SUR OESTE 13 39		

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:	