



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	CARVAJAL	2o Apellido	ROMERO
1er Nombre	MIGUEL	2o Nombre	JOSE
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	5919334
Fecha de nacimiento:	28/marzo/1997	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:	1/enero/2026 22:24	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	768920407301	Razón social del prestador que remite:	HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA ESE
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	YUMBO

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:	OCL926
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	768920407301	Razón social del prestador del transporte:	HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA ESE
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:	1/enero/2026 09:39	Municipio:	YUMBO
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	CARRERA 4 CALLE 5		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	BZP08H

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

1er Apellido	CARVAJAL	2o Apellido	ROMERO
1er Nombre	MIGUEL	2o Nombre	JOSE
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	5919334
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	YUMBO
Teléfono:	3207727309	Celular:	3207727309
Dirección:	CARRERA 15 A 24 43		

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: