

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	GONZALEZ	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	SEBASTIAN	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1109664108
Fecha de nacimiento:	13/noviembre/2005	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:	1/enero/2026 20:47	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	761300370901	Razón social del prestador que remite:	ESE - HOSPITAL LOCAL
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CANDELARIA

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:	OCN139
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	761300370901	Razón social del prestador del transporte:	ESE - HOSPITAL LOCAL
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 07:00		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CANDELARIA
Dirección del accidente:	KILOMETRO 4 VIA CANDELARIA CALI		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	GRE10E

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

1er Apellido	GONZALEZ	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	SEBASTIAN	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1109664108
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CANDELARIA
Teléfono:	3235027872	Celular:	3235027872
Dirección:	CALLE 22 B 13 36		

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:	