

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	PUENTES	2o Apellido	RODRIGUEZ
1er Nombre	MARIA	2o Nombre	CAMILA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1006100187
Fecha de nacimiento:	3/abril/2003	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
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 11:33	Víctima viene remitida:	NO
Código de habilitación:		Razón social del prestador que remite:	
Departamento:		Municipio:	

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:	DCM618
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	760011293901	Razón social del prestador del transporte:	GRUPO HYC CALI SAS
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 09:55		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 14 OESTE CON CARRERA 35		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	JTJ70H

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

1er Apellido	PUENTES	2o Apellido	RODRIGUEZ
1er Nombre	MARIA	2o Nombre	CAMILA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1006100187
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3170626924	Celular:	3170626924
Dirección:	CALLE 13 64 A 68		

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:	