



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	PAREDES	2o Apellido	DELGADO
1er Nombre	MANUEL	2o Nombre	RAMON
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	16704604
Fecha de nacimiento:	17/abril/1964	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	PASAJERO		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	6/enero/2026 16:00	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?	NO	Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial:	
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:		Razón social del prestador del transporte:	
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:	15/octubre/2025 05:49	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 70 CARRERA 1A 12				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	VCQ846		

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

1er Apellido	BORJA	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	RUBEN	2o Nombre	DARIO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	16860914
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	313836009	Celular:	313836009
Dirección:	CALLE 118 # 28-62		

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: