



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	LUCUMI	2o Apellido	CABUYALES
1er Nombre	JOSE	2o Nombre	YERFERSON
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1143977939
Fecha de nacimiento:	29/marzo/1995	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUTOR		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	3/noviembre/2025 09:58	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	763641004702	Razón social del prestador que remite:	CENTRO MEDICO SERVISALUD INTEGRAL IPS S.A.S
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ

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:	POT606
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	760011009401	Razón social del prestador del transporte:	RED DE URGENCIAS DE LA COSTA PACIFICA S. A. S
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/noviembre/2025 19:10	Municipio:	VILLA RICA
Departamento:	CAUCA		
Dirección del accidente:	TRONCAL 25 KILOMETRO 98		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	WRQ60G

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

1er Apellido	LUCUMI	2o Apellido	CABUYALES
1er Nombre	JOSE	2o Nombre	YERFERSON
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1143977939
Departamento:	CAUCA	Municipio:	VILLA RICA
Teléfono:	3135237117	Celular:	3135237117
Dirección:	CALLE 22A # 37 SUR 05 B/CIUDADELA EL VIENTO		

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: