

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	JIMENEZ	2o Apellido	MACA
1er Nombre	OLEGARIO	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	7542908
Fecha de nacimiento:	1/junio/1963	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUCTOR		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	6/noviembre/2025 10:50	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	760011161001	Razón social del prestador que remite:	UNIDAD MEDICA DE TRAUMA DEL VALLE S.A.S
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI

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:	1/noviembre/2025 19:23		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CANDELARIA
Dirección del accidente:	KILOMETRO 9 VIA CALI - CANDELARIA		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	KBJ49D

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

1er Apellido	JIMENEZ	2o Apellido	MACA
1er Nombre	OLEGARIO	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	7542908
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CANDELARIA
Teléfono:	3116463732	Celular:	3116463732
Dirección:	CALLE 21A 14 64		

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:	