

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	MANRIQUE	2o Apellido	CAMAYO
1er Nombre	ANDRES	2o Nombre	FELIPE
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1060797081
Fecha de nacimiento:	18/noviembre/2003	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	USUARIO MOTOCICLETA		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	3/noviembre/2025 12:38	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?	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:	19/octubre/2025 07:45		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ
Dirección del accidente:	KILOMETRO 5 VIA JAMUNDI POTRERITO		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	PLH63H

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

1er Apellido	ORTIZ	2o Apellido	CAMAYO
1er Nombre	KEVIN	2o Nombre	STIVEN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1112458060
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ
Teléfono:	3146238861	Celular:	3146238861
Dirección:	K.M 7 BRISAS DE RIO CLARO		

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:	