

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	TROCHEZ	2o Apellido	MACA
1er Nombre	JHON	2o Nombre	JAIRO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	94403058
Fecha de nacimiento:	7/febrero/1974	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:	1/noviembre/2025 06:35	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	760011018701	Razón social del prestador que remite:	CENTRO MEDICO Y DE REHABILITACION VALLE SALUD SAS
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:	25/septiembre/2025 17:40		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CARRERA 9 CON CALLE 41		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	KPG10B

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

1er Apellido	TROCHEZ	2o Apellido	MACA
1er Nombre	JHON	2o Nombre	JAIRO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	94403058
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3167970363	Celular:	3167970363
Dirección:	CARRERA 7 # 72 A 94		

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:	