



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|---------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | MARTINEZ | 2o Apellido | MANQUILLO |
| 1er Nombre | MARIA | 2o Nombre | JOSE |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1113282075 |
| Fecha de nacimiento: | 22/marzo/2006 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO |
| 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: | 2/noviembre/2025 15:26 | Víctima viene remitida: | SI |
| Código de habilitación: | 760010961401 | Razón social del prestador que remite: | INVERSIONES MEDICAS VALLE SALUD 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? | SI | Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial: | NPY091 |
| 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: | 31/octubre/2025 23:15 | Municipio: | GUADALAJARA DE BUGA |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | | |
| Dirección del accidente: | KILOMETRO 3 VIA BUGA GINEBRA | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | KYW25H |

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

| | | | |
|-------------------------|-----------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | FORERO | 2o Apellido | BENACHI |
| 1er Nombre | JUAN | 2o Nombre | DAVID |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1112956062 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | GINEBRA |
| Teléfono: | 3137568711 | Celular: | 3137568711 |
| Dirección: | CALE 6 4 11 | | |

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: |