



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	CAMPIÑO	2o Apellido	BETANCOURT
1er Nombre	JHAN	2o Nombre	CARLOS
Tipo de identificación:	TI	Número de identificación:	1107857156
Fecha de nacimiento:	27/marzo/2009	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:	6/enero/2026 19:45	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?	SI	Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial:	KQP690
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/enero/2026 01:59	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	TRANSVERSAL 103 CON CALLE 78B		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	KNC80G

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

1er Apellido	CASTILLO	2o Apellido	NIETO
1er Nombre	FRANCISCO	2o Nombre	TOMAS
Tipo de identificación:	TI	Número de identificación:	1106517358
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3152882947	Celular:	3152882947
Dirección:	CARRERA 26 B2 73 74		

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: