



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	QUINTANA	2o Apellido	VARGAS
1er Nombre	ANDERSON	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1004753983
Fecha de nacimiento:	15/mayo/2000	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUTOR		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	3/noviembre/2025 15:15	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?	SI	Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial:	LKX770
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:	2/noviembre/2025 17:49	Municipio:	JAMUNDÍ
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	CARRERA 10 CON CALLE 11		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	VJI15H

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

1er Apellido	QUINTANA	2o Apellido	VARGAS
1er Nombre	ANDERSON	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1004753983
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3217048591	Celular:	3217048591
Dirección:	CALLE 56F1 # 48B - 65 / LLANO VERDE		

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: