



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	ORDÓÑEZ	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	JUAN	2o Nombre	ESTEBAN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1005832660
Fecha de nacimiento:	4/marzo/2001	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:	5/noviembre/2025 12:05	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:	HXQ666
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:	3/noviembre/2025 13:10	Municipio:	JAMUNDÍ
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	CALLE 9 CON CARRERA 47 B SUR		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	ZSC52G

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

1er Apellido	ORDOÑEZ	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	JUAN	2o Nombre	ESTEBAN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1005832660
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ
Teléfono:	3155062416	Celular:	3155062416
Dirección:	CALLE 9 # 56 SUR - 08 B/ LAS FLORES		

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: