

## 1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	IZURIETA	2o Apellido	CASTRO
1er Nombre	ROBINSON	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	16847561
Fecha de nacimiento:	14/junio/1982	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	PEATON		

## 2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	5/noviembre/2025 17:49	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:	POT644
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 06:00		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ
Dirección del accidente:	CARRERA 11 CALLE 14		
Vehículo identificado:	NO	Placa:	

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

1er Apellido		2o Apellido	
1er Nombre		2o Nombre	
Tipo de identificación:		Número de identificación:	
Departamento:		Municipio:	
Teléfono:		Celular:	
Dirección:			

## 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:	