



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	ARCOS	2o Apellido	MAJE
1er Nombre	MARIA	2o Nombre	DEL ROCIO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	34594183
Fecha de nacimiento:	8/febrero/1958	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
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:	10/septiembre/2025 17:56	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?	NO	Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial:	
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:		Razón social del prestador del transporte:	
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:	10/septiembre/2025 06:50	Departamento:	CAUCA	Municipio:	SANTANDER DE QUILICHAO
Dirección del accidente:	KILOMETRO 9.3 SANTANDER QUILICHAO A SAN PEDRO				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	HDU39H		

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

1er Apellido	RAMOS	2o Apellido	VELASCO
1er Nombre	ANDERSON	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1062321331
Departamento:	CAUCA	Municipio:	SANTANDER DE QUILICHAO
Teléfono:	3137103399	Celular:	3137103399
Dirección:	KILOMETRO 9 RESGUARDO CANOAS		

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: