



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	CHALA	2o Apellido	
1er Nombre	JOSE	2o Nombre	WILINTON
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	94490606
Fecha de nacimiento:	15/octubre/1976	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUTOR		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION DE URGENCIAS	Clasificación del Triage:	TRIAGE I
Fecha Hora:	3/enero/2026 01:26	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:	LLK172
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/enero/2026 19:30	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 36 CON CARRERA 186				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	NJB19D		

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

1er Apellido	CHALA	2o Apellido	
1er Nombre	JOSE	2o Nombre	WILINTON
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	94490606
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ
Teléfono:	3171532470	Celular:	3171532470
Dirección:	CARRERA 46 SUR # 21 - 23 B/ TERRANOVA		

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:	