



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	PINCHAO	2o Apellido	CARDENAS
1er Nombre	JAIME	2o Nombre	ANDRES
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	16918614
Fecha de nacimiento:	7/junio/1981	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:	6/noviembre/2025 08:41	Víctima viene remitida:	NO
Código de habilitación:		Razón social del prestador que remite:	
Departamento:		Municipio:	

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:	1/agosto/2025 15:00	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	RESTREPO
Dirección del accidente:	KILOMETRO 28 VIA LA CUMBRE - RESTREPO				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	SLW66D		

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

1er Apellido	PINCHAO	2o Apellido	CARDENAS
1er Nombre	JAIME	2o Nombre	ANDRES
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	16918614
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	RESTREPO
Teléfono:	3113198481	Celular:	3113198481
Dirección:	CALLE 72 J #3 N 82 - FLORALIA		

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: