



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	VILLAQUIRAN	2o Apellido	CHACON
1er Nombre	MARIA	2o Nombre	DE LOS ANGELES
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1193226631
Fecha de nacimiento:	16/febrero/2002	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
Condición de la víctima:	CONDUTOR		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION DE URGENCIAS	Clasificación del Triage:	TRIAGE III
Fecha Hora:	5/enero/2026 22:54	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:	POT600
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:	1/enero/2026 16:11	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ
Dirección del accidente:	KILOMETRO 1 VIA JAMUNDI POTRERITO				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	VJT92H		

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

1er Apellido	VILLAQUIRAN	2o Apellido	CHACON
1er Nombre	MARIA	2o Nombre	DE LOS ANGELES
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1193226631
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ
Teléfono:	3203075267	Celular:	3203075267
Dirección:	CARRERA 3 SUR NO 8 C 05 B VILLA PAULINA		

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: