



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	CASTILLO	2o Apellido	
1er Nombre	JHON	2o Nombre	STIVEN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1087781557
Fecha de nacimiento:	8/diciembre/1986	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:	4/noviembre/2025 14:00	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:	27/septiembre/2025 09:03	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	KILOMETRO 7 VIA CALI - CADELARIA		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	WAP61G

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

1er Apellido	CASTILLO	2o Apellido	
1er Nombre	JHON	2o Nombre	STIVEN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1087781557
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:		Celular:	3137195163
Dirección:	CARRERA 28 D # 82 - 23		

6. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA LA ATENCIÓN

1er Apellido	CHACON	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	GENIDES	2o Nombre	MARINO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	94458800
Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Celular:	
Teléfono:	4860777	Extensión:	