



## 1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	MORENO	2o Apellido	LLANOS
1er Nombre	JHONATANN	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1006110165
Fecha de nacimiento:	2/mayo/2003	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:	10/septiembre/2025 01:36	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	760010961402	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?	SI	Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial:	PTM604
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	760011127401	Razón social del prestador del transporte:	GRUPO EMS SAS
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:	9/septiembre/2025 17:33	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	CARRERA 39A CALLE 29		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	HJP96G

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

1er Apellido	MORENO	2o Apellido	LLANOS
1er Nombre	JHONATANN	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1006110165
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3114964157	Celular:	3114964157
Dirección:	CALLE 18 # 24-28		

## 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: