

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	GARZON	2o Apellido	POSADA
1er Nombre	JHON	2o Nombre	EDWARD
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1112469074
Fecha de nacimiento:	24/diciembre/1989	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUCTOR		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	1/noviembre/2025 15:46	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:	GSS371
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:	30/octubre/2025 18:49		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ
Dirección del accidente:	CALLE 11 CON CARRERA 8		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	PLL89H

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

1er Apellido	GARZON	2o Apellido	POSADA
1er Nombre	JHON	2o Nombre	EDWARD
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1112469074
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ
Teléfono:	3214238277	Celular:	3214238277
Dirección:	CALLE 14 # 13 - 08 B/ CIRO VELAZCO		

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:	