

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

1er Apellido	VALVERDE	2o Apellido	CUERO
1er Nombre	JUAN	2o Nombre	MANUEL
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1006036003
Fecha de nacimiento:	8/septiembre/2002	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:	10/septiembre/2025 14:16	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:	HKV949
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:	10/septiembre/2025 07:24		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 16 A CON CARRERA 17 B		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	BEP54G

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

1er Apellido	VALVERDE	2o Apellido	CUERO
1er Nombre	JUAN	2o Nombre	MANUEL
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1006036003
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3184032557	Celular:	3184032557
Dirección:	CARRERA 2 OESTE # 21-69		

## 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:	