

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	LOPEZ	2o Apellido	TORRES
1er Nombre	JOSE	2o Nombre	ALEJANDRO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1001989495
Fecha de nacimiento:	26/agosto/1993	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:	12/septiembre/2025 01:05	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	760010961401	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?	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:	11/septiembre/2025 20:17		
Departamento:	CAUCA	Municipio:	PUERTO TEJADA
Dirección del accidente:	CALLE 10 CON CARRERA 21		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	UHV21G

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

1er Apellido	LOPEZ	2o Apellido	TORRES
1er Nombre	JOSE	2o Nombre	ALEJANDRO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1001989495
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ
Teléfono:	3107061869	Celular:	3107061869
Dirección:	CALLE 8 #22 - 97 - PARQUE NATURA		

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:	