



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	CAICEDO	2o Apellido	
1er Nombre	JUAN	2o Nombre	DE DIOS
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	16830835
Fecha de nacimiento:	10/septiembre/1971	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	PEATON		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	6/enero/2026 14:17	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:	10/diciembre/2025 14:31	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	AVENIDA 4 OESTE CON CALLE 10				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	VBP329		

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

1er Apellido	ROJAS	2o Apellido	SANCHEZ
1er Nombre	VICTOR	2o Nombre	HUGO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1144130718
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3126816943	Celular:	3126816943
Dirección:	AVENIDA 41 OESTE 11 18		

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: