

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

1er Apellido	JARAMILLO	2o Apellido	GOMEZ
1er Nombre	JUAN	2o Nombre	MANUEL
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	16552615
Fecha de nacimiento:	1/junio/1961	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 07:40	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?	SI	Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial:	POT606
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 21:47		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	AVENIDA 2 NORTE CON CALLE 18		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	KNV15F

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

1er Apellido	JARAMILLO	2o Apellido	GOMEZ
1er Nombre	JUAN	2o Nombre	MANUEL
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	16552615
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3177327129	Celular:	3177327129
Dirección:	AVENIDA 3AN 23CN 05		

## 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:	