



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	SANCHEZ	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	JHON	2o Nombre	JAIRO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1111815718
Fecha de nacimiento:	16/abril/1995	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUTOR		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	5/noviembre/2025 21:20	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	760011161001	Razón social del prestador que remite:	UNIDAD MEDICA DE TRAUMA DEL VALLE 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:	KQP690
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:	4/noviembre/2025 22:10	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	CARRERA 28D CON CALLE 72P		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	YSN19G

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

1er Apellido	SANCHEZ	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	JHON	2o Nombre	JAIRO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1111815718
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3226286000	Celular:	3226286000
Dirección:	CALLE 101 20 38		

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: