



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|----------------|---------------------------|-----------|
| 1er Apellido | TROCHEZ | 2o Apellido | MACA |
| 1er Nombre | JHON | 2o Nombre | JAIRO |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 94403058 |
| Fecha de nacimiento: | 7/febrero/1974 | 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: | 1/noviembre/2025 06:35 | Víctima viene remitida: | SI |
| Código de habilitación: | 760011018701 | Razón social del prestador que remite: | CENTRO MEDICO Y DE REHABILITACION VALLE SALUD SAS |
| 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: | 25/septiembre/2025 17:40 | Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CARRERA 9 CON CALLE 41 | | | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | KPG10B | | |

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

| | | | |
|-------------------------|---------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | TROCHEZ | 2o Apellido | MACA |
| 1er Nombre | JHON | 2o Nombre | JAIRO |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 94403058 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Teléfono: | 3167970363 | Celular: | 3167970363 |
| Dirección: | CARRERA 7 # 72 A 94 | | |

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: |