



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	PAREDES	2o Apellido	ESCOBAR
1er Nombre	SAMUEL	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	6287779
Fecha de nacimiento:	10/mayo/1951	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:	3/noviembre/2025 22:24	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:	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:	2/noviembre/2025 13:24	Municipio:	VILLA RICA
Departamento:	CAUCA		
Dirección del accidente:	KILOMETRO 25 VIA PANAMERICANA VIILLA RICA		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	VND58C

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

1er Apellido	PAREDES	2o Apellido	ESCOBAR
1er Nombre	SAMUEL	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	6287779
Departamento:	CAUCA	Municipio:	VILLA RICA
Teléfono:	3233279942	Celular:	3233279942
Dirección:	CARRERA 12 CON CALLE 4		

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: