



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

1er Apellido	OSPINA	2o Apellido	DIAZ
1er Nombre	JOSE	2o Nombre	QUILIE
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	2529029
Fecha de nacimiento:	3/junio/1940	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUTOR		

## 2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION DE URGENCIAS	Clasificación del Triage:	TRIAGE III
Fecha Hora:	31/diciembre/2025 13:47	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	7600111161001	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:	NPY091
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:	31/diciembre/2025 13:46	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	CALLE 70 CARRERA 28 D		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	PLP86C

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

1er Apellido	OSPINA	2o Apellido	DIAZ
1er Nombre	JOSE	2o Nombre	QUILIE
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	2529029
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3178577719	Celular:	3178577719
Dirección:	CALLE 72 W 28 E 20		

## 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: