



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	FANDIÑOS	2o Apellido	CASAS
1er Nombre	ADRIANA	2o Nombre	PATRICIA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	52071212
Fecha de nacimiento:	18/junio/1972	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
Condición de la víctima:	USUARIO MOTOCICLETA		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	14/septiembre/2025 14:19	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	760010961402	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:	HKV949
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	760011127401	Razón social del prestador del transporte:	GRUPO EMS SAS
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:	14/septiembre/2025 10:15	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	CARRERA 92 OESTE CON CALLE 2 OESTE		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	OGW79H

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

1er Apellido	ARANGO	2o Apellido	ORTIZ
1er Nombre	DIEGO	2o Nombre	FERNANDO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	94490614
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3146971124	Celular:	3146971124
Dirección:	CARRERA 81 #2-43		

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: