

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

1er Apellido	CARABALI	2o Apellido	BERMUDEZ
1er Nombre	BENJAMIN	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	10555982
Fecha de nacimiento:	21/julio/1962	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	PASAJERO		

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

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	3/noviembre/2025 09:29	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:	LKX770
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:	1/noviembre/2025 07:00		
Departamento:	CAUCA	Municipio:	PUERTO TEJADA
Dirección del accidente:	KILOMETRO 5 VIA CALI PUERTO TEJADA		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	VMT710

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

1er Apellido	MOLINA	2o Apellido	MARTINEZ
1er Nombre	KEVIN	2o Nombre	ANDRES
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1005875670
Departamento:	CAUCA	Municipio:	PUERTO TEJADA
Teléfono:	3154513468	Celular:	3154513468
Dirección:	CARRERA 10 05 14		

## 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:	