



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|--------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | TORRES | 2o Apellido | CARRILLO |
| 1er Nombre | DAVID | 2o Nombre | SANTIAGO |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1070990689 |
| Fecha de nacimiento: | 1/enero/2000 | 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: | 12/septiembre/2025 03:08 | 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: | NPY084 |
| 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: | 12/septiembre/2025 00:14 | | |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CALLE 25 CON CARRERA 98 | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | DFR31H |

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

| | | | |
|-------------------------|--------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | TORRES | 2o Apellido | CARRILLO |
| 1er Nombre | DAVID | 2o Nombre | SANTIAGO |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1070990689 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Teléfono: | 3125387345 | Celular: | 3125387345 |
| Dirección: | CARRERA 83A #18-64 | | |

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: |