

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	ORDOÑEZ	2o Apellido	ASTUDILLO
1er Nombre	MICHAEL	2o Nombre	STIVEN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1114480017
Fecha de nacimiento:	4/marzo/2004	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUCTOR		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	10/septiembre/2025 11:34	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?	NO	Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial:	
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:		Razón social del prestador del transporte:	
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:	29/julio/2025 18:00		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	LA CUMBRE
Dirección del accidente:	KILOMETRO 20 VIA SANTA INES - LA CUMBRE		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	QXA09H

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

1er Apellido	ORDOÑEZ	2o Apellido	ASTUDILLO
1er Nombre	MICHAEL	2o Nombre	STIVEN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1114480017
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	LA CUMBRE
Teléfono:	3235502388	Celular:	3235502388
Dirección:	CARRERA 8 #7 - 13		

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:	