



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	FRANCO	2o Apellido	BUITRAGO
1er Nombre	SIGIFREDO	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	2728110
Fecha de nacimiento:	5/noviembre/1935	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:	13/septiembre/2025 16:22	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:	HXP738
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:	13/septiembre/2025 10:19	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	KILOMETRO 18 VIA CALI - CANDELARIA		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	VOV742

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

1er Apellido	AGUILAR	2o Apellido	SOLARTE
1er Nombre	JUAN	2o Nombre	CARLOS
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1112471552
Departamento:	CAUCA	Municipio:	CORINTO
Teléfono:	3126039550	Celular:	3126039550
Dirección:	CALLE 4 # 10 88		

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: