



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

|                          |                  |                           |           |
|--------------------------|------------------|---------------------------|-----------|
| 1er Apellido             | RAMIREZ          | 2o Apellido               | GIRALDO   |
| 1er Nombre               | JAVIER           | 2o Nombre                 |           |
| Tipo de identificación:  | CC               | Número de identificación: | 6531483   |
| Fecha de nacimiento:     | 5/noviembre/1967 | 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 22:47 | 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: | NPY091  |
| 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 16:00 | Municipio: | CALI   |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA          |            |        |
| Dirección del accidente: | CALLE 13 CARRERA 50      |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                       | Placa:     | LJK81H |

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

|                         |                       |                           |            |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | RAMIREZ               | 2o Apellido               | GIRALDO    |
| 1er Nombre              | JAVIER                | 2o Nombre                 |            |
| Tipo de identificación: | CC                    | Número de identificación: | 6531483    |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA       | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3187734025            | Celular:                  | 3187734025 |
| Dirección:              | CALLE 125 # 26I2 - 07 |                           |            |

## 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:                |