



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	MUÑOZ	2o Apellido	MANRIQUE
1er Nombre	JOSE	2o Nombre	OMAR
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	16736001
Fecha de nacimiento:	9/mayo/1966	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	USUARIO MOTOCICLETA		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	13/septiembre/2025 21:32	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:	LLK172
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 17:50	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	DIAGONAL 51 CON CALLE 4 OESTE		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	XND43E

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

1er Apellido	MUÑOZ	2o Apellido	
1er Nombre	OSCAR	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	16715462
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3012280969	Celular:	3012280969
Dirección:	CARRERA 53 # 12C-09		

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: