



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	ARAGON	2o Apellido	CAMBINO
1er Nombre	DANNY	2o Nombre	FAYSURI
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1111749901
Fecha de nacimiento:	14/mayo/2001	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
Condición de la víctima:	CICLISTA		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	2/noviembre/2025 11:33	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:	LKX770
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:	1/noviembre/2025 11:28	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 25 CON CARRERA 18				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	CQF944		

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

1er Apellido	CAICEDO	2o Apellido	SOLIS
1er Nombre	CARLOS	2o Nombre	DERMIN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	94444047
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3127809428	Celular:	3127809428
Dirección:	CARRERA 26 M6 # 123-81		

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: