

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	TORRES	2o Apellido	CARRILLO
1er Nombre	DAVID	2o Nombre	SANTIAGO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1070990689
Fecha de nacimiento:	1/enero/2000	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:	12/septiembre/2025 03:08	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:	NPY084
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 00:14		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 25 CON CARRERA 98		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	DFR31H

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

1er Apellido	TORRES	2o Apellido	CARRILLO
1er Nombre	DAVID	2o Nombre	SANTIAGO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1070990689
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3125387345	Celular:	3125387345
Dirección:	CARRERA 83A #18-64		

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:	