

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:	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 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		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
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 # 2612 - 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:	