

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

1er Apellido	GONZALEZ	2o Apellido	CIFUENTES
1er Nombre	DIEGO	2o Nombre	FERNANDO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1193246917
Fecha de nacimiento:	19/noviembre/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 00:02	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	760011161001	Razón social del prestador que remite:	UNIDAD MEDICA DE TRAUMA DEL VALLE 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:	11/septiembre/2025 18:00		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CARRERA 15 CALLE 58		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	LHT66H

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

1er Apellido	GONZALEZ	2o Apellido	CIFUENTES
1er Nombre	DIEGO	2o Nombre	FERNANDO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1193246917
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3117256812	Celular:	3117256812
Dirección:	CALLE 82 C # 20 13		

## 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:	