

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	PEREZ	2o Apellido	JARAMILLO
1er Nombre	LEYDI	2o Nombre	CAROLINA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1144186684
Fecha de nacimiento:	12/junio/1995	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
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:	10/septiembre/2025 15:43	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:	HKV949
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	760011127401	Razón social del prestador del transporte:	GRUPO EMS SAS
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:	10/septiembre/2025 08:40		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CANDELARIA
Dirección del accidente:	KILOMETRO 5 VIA CALI CANDELARIA		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	MVN18D

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

1er Apellido	PEREZ	2o Apellido	JARAMILLO
1er Nombre	LEYDI	2o Nombre	CAROLINA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1144186684
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CANDELARIA
Teléfono:	3177720563	Celular:	3177720563
Dirección:	CARRERA 31A CON CALLE 14-156		

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:	