

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	HERNANDEZ	2o Apellido	CORAL
1er Nombre	ANDERSON	2o Nombre	STEVEN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1143994134
Fecha de nacimiento:	9/noviembre/1998	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:	14/septiembre/2025 14:13	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:	GSS373
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:	14/septiembre/2025 05:30		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 10 CON CARRERA 29A		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	KRM08F

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

1er Apellido	HERNANDEZ	2o Apellido	CORAL
1er Nombre	ANDERSON	2o Nombre	STEVEN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1143994134
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3005416231	Celular:	3005416231
Dirección:	CARRERA 27F #83-24		

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:	