



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	VASQUEZ	2o Apellido	VASQUEZ
1er Nombre	MILLER	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1086328764
Fecha de nacimiento:	1/marzo/1987	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	USUARIO MOTOCICLETA		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	14/septiembre/2025 07:52	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:	HXP738
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 01:42	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	CARRERA 70 CON CALLE 1 C		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	DTR55F

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

1er Apellido	ENRIQUE	2o Apellido	VARGAS
1er Nombre	YOHATAN	2o Nombre	EUCLIDES
Tipo de identificación:	AS	Número de identificación:	VEN28253022
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3171667775	Celular:	3171667775
Dirección:	CARRERA 72 OESTE # 2G-6		

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: