



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	VALENCIA	2o Apellido	GRAJALES
1er Nombre	LUIS	2o Nombre	FERNANDO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1143974911
Fecha de nacimiento:	11/agosto/1995	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	CONDUTOR		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	13/septiembre/2025 02:01	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:	LKX770
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 08:10	Municipio:	CANDELARIA
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	KILOMETRO 6 VIA CALI CANDELARIA		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	YNB46E

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

1er Apellido	VALENCIA	2o Apellido	GRAJALES
1er Nombre	LUIS	2o Nombre	FERNANDO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1143974911
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3174597511	Celular:	3174597511
Dirección:	CARRERA 26 P # 72W-45		

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: