



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	VIDAL	2o Apellido	CASTRILLON
1er Nombre	ANDERLEY	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1192916141
Fecha de nacimiento:	12/septiembre/2000	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:	14/septiembre/2025 04:27	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:	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:	13/septiembre/2025 22:16	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	CALLE 36 CON CARRERA 40		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	PVK15G

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

1er Apellido	VIDAL	2o Apellido	CASTRILLON
1er Nombre	ANDERLEY	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1192916141
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	JAMUNDÍ
Teléfono:	3127023713	Celular:	3127023713
Dirección:	CALLE 4 ESTE #1A-80 B/ PORTAL DEL JORDAN		

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: