



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	CRUZ	2o Apellido	GALINDEZ
1er Nombre	MARIO	2o Nombre	ARMANDO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1114731807
Fecha de nacimiento:	11/diciembre/1991	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 14:59	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	760010961401	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?	NO	Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial:	
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:		Razón social del prestador del transporte:	
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 21:10	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	KILOMETRO 18 VIA CALI LOMA ALTA		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	BMG34H

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

1er Apellido	CRUZ	2o Apellido	GALINDEZ
1er Nombre	MARIO	2o Nombre	ARMANDO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1114731807
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3173049493	Celular:	3173049493
Dirección:	KILOMETRO 18 VEREDA LOMA ALTA		

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: