



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	BANGUERO	2o Apellido	GOMEZ
1er Nombre	DILAN	2o Nombre	ESTIVEN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1143990125
Fecha de nacimiento:	10/agosto/1997	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:	12/septiembre/2025 09:18	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:	PTM582
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	760011127401	Razón social del prestador del transporte:	GRUPO EMS SAS
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 05:47	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	KILOMETRO 3 VIA LA BUITRERA		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	CDR85D

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

1er Apellido	BANGUERO	2o Apellido	GOMEZ
1er Nombre	DILAN	2o Nombre	ESTIVEN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1143990125
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3151149080	Celular:	3151149080
Dirección:	CARRERA 8C2# 80-24B32		

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: