**Autorización de Servicios (CRUED) <autorizacion.servicios@risaralda.gov.co>**

# Informe de atencion de victima de accidente de transito, No. Radicado 32117fd7b206a58d

2 mensajes

**admisiones@clinicanoe.com.co** <admisiones@clinicanoe.com.co> 28 de noviembre de 2025 a las 5:15 p.m.
Para: autorizacion.servicios@risaralda.gov.co
CC: SIRAS <coordinador.ads@clinicanoe.com.co>

Mensaje enviado automaticamente, por favor nos responder a este correo. De acuerdo a la resolucion numero 3823, en la cual se establecio el mecanismo para el reporte de informacion de la atencion en salud a victimas de accidentes de transito, asi como las condiciones para la realizacion de las autoridades por las atenciones en salud brindadas a victimas de estos eventos. se le informa a la entidad el acontecimiento sucedido con uno de sus afiliados. Se envɪɳa una copia de este correo a las siguientes direcciones., autorizacion.servicios@risaralda.gov.co.

**REPɪšBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**

INFORME DE LA ATENCION EN SALUD PRESTADA A VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO

Fecha de radicaciɜn: 11/28/2025 5:15pm No. Radicado: 32117fd7b206a58d

**I. INFORMACION DEL PRESTADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre o razɜn Social: | CLINICA MEDICA TURIN SAS | | |
| Identificaciɜn: | NI 901679541 | Codigo de habilitacion: | 660010341401 |
| Direcciɜn del prestador: | CRA 7 45 80 | | |
| Telɬfono: | 6023865320 | | |
| Departamento: | RISARALDA Cɜd.: 66 | Municipio: | PEREIRA Cɜd.: 001 |

**II. DATOS DE LA VICTIMA DEL ACCIDENTE DE TRANSITO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| MENDOZA | ORTEGA | EDRAS | ARGENIS |
| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre |
| Identificaciɜn: | DE VEN26867158 | Fecha de nacimiento: | 25/agosto/1998 |

**III. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de atencion: | ATENCION DE URGENCIAS | fecha de atencion: | 4/noviembre/2025 15:03 |
| Victima viene remitida: | NO | Codigo de habilitacion: | |
| Razɜn social del prestador de servicio de salud que remite: | | | |
| Departamento: | | Municipio: | |

**IV. INFORMACIɬ“N DEL TRASPORTE AL PRIMER SITIO DE ATENCIɬ“N**

| | |
|---|---|
| Vɪɳctima fue trasladada en trasporte especial de paciente : | SI |
| Codigo del prestador de transporte especial: | 660010162901 |
| placa del vehiculo: | CLQ979 |

**V. DATOS DEL ACCIDENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha del accidente: | | 4/noviembre/2025 14:25 | |
| Direcciɜn: | | Rural SAMARIA 2 MZ 17 FRENTE A LA PANADERIA | |
| Departamento: | RISARALDA | Municipio: | PEREIRA |

**VI. DATOS DEL VEHICULɬ“ INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Placa: | GWD25H | Vehiculɜ no identificado: | SI |

**VII. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULɬ“ INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| MENDOZA | ORTEGA | EDRAS | |
| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre |
| Identificaciɜn: | | DE VEN26867158 | |
| Direcciɜn del conductor: | Rural MZ 5 CS 127 LOS LAGUITOS | | |
| Telɬfono: | 3003412434 | | |
| Departamento: | RISARALDA | Municipio: | PEREIRA |

**VIII. INFORMACIɬ“N DE LA PERONA QUE REPORTA LA ATENCIɬ“N**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TABORDA | PUERTA | DANIEL | MAURICIO |
| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre |
| Identificaciɜn: | | CC 1004738616 | |
| Cargo : | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | | |
| Telefono: | 3112515391 | Extencion: | |

**Autorización de Servicios (CRUED)** <autorizacion.servicios@risaralda.gov.co> 28 de noviembre de 2025 a las 5:16 p.m.
Para: "admisiones@clinicanoe.com.co" <admisiones@clinicanoe.com.co>

Buenas tardes.
Recibido, gracias por el reporte.
JUAN DIEGO OSSA VELEZ; MD
Médico Regulador
[Texto citado oculto]

--

**C.R.U.E.D RISARALDA**
Secretaría de Salud Departamental Risaralda,
Risaralda sentimiento de todos

Teléfono 3163609097

