

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	MONTAÑO	2o Apellido	CASTILLO
1er Nombre	YULY	2o Nombre	YAJAIRA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1192727031
Fecha de nacimiento:	16/diciembre/1989	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
Condición de la víctima:	USUARIO MOTOCICLETA		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	10/septiembre/2025 13:32	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:	10/septiembre/2025 11:56		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CALLE 6 OESTE CON CARRERA 10		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	XTN10F

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

1er Apellido	RODRIGUEZ	2o Apellido	HERNANDEZ
1er Nombre	JHOYNER	2o Nombre	BONNIE
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1143949236
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3103389206	Celular:	3103389206
Dirección:	CALLE 108 #265 - 09		

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:	