



## 1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	CERON	2o Apellido	ORTEGA
1er Nombre	LUIS	2o Nombre	ARNULFO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	5275920
Fecha de nacimiento:	11/junio/1955	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
Condición de la víctima:	PEATON		

## 2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	2/noviembre/2025 12:06	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?	SI	Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial:	POT702
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:	31/octubre/2025 19:43	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	AVENIDA 4 OESTE CON CALLE 10 OESTE		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	ZRO10G

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

1er Apellido	PEÑALOZA	2o Apellido	GRIZALES
1er Nombre	ANA	2o Nombre	DELYS
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1066348499
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3166063190	Celular:	3166063190
Dirección:	AVENIDA 4 OESTE 16 55		

## 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: