



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	RUIZ	2o Apellido	MUÑOZ
1er Nombre	GLORIA	2o Nombre	MERCEDES
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	67003773
Fecha de nacimiento:	24/julio/1977	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:	4/noviembre/2025 19:51	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:	8/octubre/2025 17:35	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	AVENIDA 4 CON CALLE 5		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	OFY08H

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

1er Apellido	ALVAREZ	2o Apellido	RUIZ
1er Nombre	ISABELA	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1107100385
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3008349836	Celular:	3008349836
Dirección:	KILOMETRO 14 VIA AL MAR -SALADITO CASA 49 B		

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: