

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

1er Apellido	TORO	2o Apellido	
1er Nombre	VANESSA	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	67009797
Fecha de nacimiento:	16/mayo/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:	5/noviembre/2025 09:35	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	760011018701	Razón social del prestador que remite:	CENTRO MEDICO Y DE REHABILITACION VALLE SALUD SAS
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:	24/diciembre/2024 10:27		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CARRERA 16 CON CALLE 73		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	ERE09E

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

1er Apellido	GAMBOA	2o Apellido	TOBON
1er Nombre	PEDRO	2o Nombre	LUIS
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	16668364
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3147642853	Celular:	3147642853
Dirección:	CARRERA 26 I1 # 72W 21		

## 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:	