



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	GOMEZ	2o Apellido	BONILLA
1er Nombre	DIANA	2o Nombre	MARIA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	38680997
Fecha de nacimiento:	24/diciembre/1983	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:	6/noviembre/2025 14:24	Víctima viene remitida:	NO
Código de habilitación:		Razón social del prestador que remite:	
Departamento:		Municipio:	

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:	18/octubre/2025 19:14	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	CARRERA 28 CON CALLE 112				
Vehículo identificado:	SI	Placa:	IPV56H		

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

1er Apellido	SALAZAR	2o Apellido	GOMEZ
1er Nombre	NILSON	2o Nombre	STIVEN
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1108253317
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3053141486	Celular:	3053141486
Dirección:	CALLE 121 # 28 BIS -69		

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: