



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	MONTOYA	2o Apellido	GIRALDO
1er Nombre	KATHERINE	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1152471881
Fecha de nacimiento:	4/noviembre/1999	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
Condición de la víctima:	CONDUTOR		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	12/septiembre/2025 22:17	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	760010961402	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:	LKX770
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:	12/septiembre/2025 13:52	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	KILOMETRO 2 VIA CRISTO REY		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	HJB32G

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

1er Apellido	RUIZ	2o Apellido	SANCHEZ
1er Nombre	JAIME	2o Nombre	ANDRES
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1144182803
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3053532972	Celular:	3053532972
Dirección:	CARRERA 26B # 32A-03		

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: