

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

1er Apellido	DURANGO	2o Apellido	PATÍÑO
1er Nombre	ALLEZXA	2o Nombre	GINNETH
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1006170085
Fecha de nacimiento:	15/marzo/2000	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:	2/noviembre/2025 07:16	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:	19/octubre/2025 10:00		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	KILOMETRO 5 VIA ROZO - CALI		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	AVD88

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

1er Apellido	HERNANDEZ	2o Apellido	MORONTA
1er Nombre	ROSSY	2o Nombre	AIRAM
Tipo de identificación:	PT	Número de identificación:	5875053
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3193217461	Celular:	3193217461
Dirección:	CALLE 1B # 73D - 41		

## 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:	