



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

1er Apellido	CORTES	2o Apellido	MOSQUERA
1er Nombre	ANGELA	2o Nombre	MARIA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1112470742
Fecha de nacimiento:	5/agosto/1990	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:	5/noviembre/2025 13:05	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?	SI	Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial:	POT644
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:	3/noviembre/2025 18:30	Municipio:	YUMBO
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	KILOMETRO 30 VIA DAPA-CALI		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	LOY48F

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

1er Apellido	CORTES	2o Apellido	MOSQUERA
1er Nombre	ANGELA	2o Nombre	MARIA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1112470742
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3002784424	Celular:	3002784424
Dirección:	CARRERA 36 14 42		

## 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: