



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	SALCEDO	2o Apellido	SALCEDO
1er Nombre	LEIDY	2o Nombre	VIVIANA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1115083742
Fecha de nacimiento:	12/diciembre/1994	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:	2/enero/2026 01:34	Víctima viene remitida:	SI
Código de habilitación:	762480472201	Razón social del prestador que remite:	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	EL CERRITO

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:	OJZ420
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	762480472201	Razón social del prestador del transporte:	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
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:	1/enero/2026 13:17	Municipio:	EL CERRITO
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	KILOMETRO 1 VIA AMAIME PALMIRA		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	RCH23B

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

1er Apellido:	SALCEDO	2o Apellido:	SALCEDO
1er Nombre:	LEIDY	2o Nombre:	VIVIANA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1115083742
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	EL CERRITO
Teléfono:		Celular:	3172770619
Dirección:	TRANSVERSAL 28 6E 33		

6. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA LA ATENCIÓN

1er Apellido:	CHACON	2o Apellido:	GONZALEZ
1er Nombre:	GENIDES	2o Nombre:	MARINO
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	94458800
Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Celular:	
Teléfono:	4860777	Extensión:	