

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

1er Apellido	VELEZ	2o Apellido	ECHEVERRI
1er Nombre	DIANA	2o Nombre	MARINA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	31486646
Fecha de nacimiento:	17/diciembre/1982	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:	10/septiembre/2025 10:55	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?	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:	10/septiembre/2025 07:09		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	AVENIDA 5 NORTE CON CALLE 22		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	IYH22H

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

1er Apellido	TRUJILLO	2o Apellido	BRAVO
1er Nombre	KILBERT	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	16944299
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3103991904	Celular:	3103991904
Dirección:	CALLE 15 #4 - 66 - BOLIVAR		

## 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:	