

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	CERON	2o Apellido	QUILINDO
1er Nombre	LADY	2o Nombre	VANESSA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1061790946
Fecha de nacimiento:	1/junio/1996	Sexo al momento de nacer:	FEMENINO
Condición de la víctima:	CONDUCTOR		

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso:	ATENCION PROGRAMADA	Clasificación del Triage:	NO APLICA
Fecha Hora:	6/noviembre/2025 12:36	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:	3/septiembre/2025 15:42		
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Dirección del accidente:	AVENIDA 4 NORTE CON CALLE 18		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	IRH65G

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

1er Apellido	CERON	2o Apellido	QUILINDO
1er Nombre	LADY	2o Nombre	VANESSA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1061790946
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3216652291	Celular:	3216652291
Dirección:	CARRERA 36 B #50 B 3 - 50		

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:	