



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	LONDOÑO	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	YUSTIN	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1144148180
Fecha de nacimiento:	1/diciembre/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:	14/septiembre/2025 23:19	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:	14/septiembre/2025 20:23	Municipio:	CALI
Departamento:	VALLE DEL CAUCA		
Dirección del accidente:	CARRERA 15 CON CALLE 15		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	OWR95C

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

1er Apellido	LONDOÑO	2o Apellido	GONZALEZ
1er Nombre	YUSTIN	2o Nombre	
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1144148180
Departamento:	VALLE DEL CAUCA	Municipio:	CALI
Teléfono:	3054096637	Celular:	3054096637
Dirección:	CARRERA 4 #41 - 57		

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: