

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido	CAÑADA	2o Apellido	GARCIA
1er Nombre	JOHAN	2o Nombre	ANDRES
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1106899854
Fecha de nacimiento:	6/diciembre/1997	Sexo al momento de nacer:	MASCULINO
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:	5/enero/2026 06:33	Víctima viene remitida:	NO
Código de habilitación:		Razón social del prestador que remite:	
Departamento:		Municipio:	

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:	20/diciembre/2025 20:30		
Departamento:	CAUCA	Municipio:	PUERTO TEJADA
Dirección del accidente:	CALLE 15 CON CARRERA 12		
Vehículo identificado:	SI	Placa:	WRU13F

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

1er Apellido	CAÑADA	2o Apellido	GARCIA
1er Nombre	JOHAN	2o Nombre	ANDRES
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1106899854
Departamento:	CAUCA	Municipio:	PUERTO TEJADA
Teléfono:	3178149105	Celular:	3178149105
Dirección:	CRA 12 N 16 66		

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:	