

IDENTIFICACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SEDE PRINCIPAL

NOMBRE SED		IDENTIFICACIÓN		DIRECCIÓN		TELÉFONO	
FAX	CORREO ELECTRÓNICO			DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	ZONA U. ____ R. ____
CENTRO EDUCATIVO DONDE LABORA EL DOCENTE							
NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCATIVA		DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
TELÉFONO		DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
						ZONA U. ____ R. ____	
INFORMACIÓN DEL DOCENTE ACCIDENTADO							
TIPO DE VINCULACIÓN		PLANTA		PROVISIONAL			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ____		NUMERO		FECHA DE NACIMIENTO(DIA, MES, AÑO) ____/____/____		SEXO MASCULINO ____ FEMENINO ____	
DIRECCIÓN		TELÉFONO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
CARGO: DOCENTE ____ ORIENTADOR (A) ____ D.D. RECTOR (A) ____ COORDINADOR (A) ____		FECHA DE INGRESO SED(DIA, MES, AÑO) ____/____/____		SALARIO		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL MAÑANA ____ TARDE ____ NOCHE ____ NOCTURNA ____	
INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO							
FECHA DEL ACCIDENTE(DIA, MES, AÑO) ____/____/____		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HORAS) HORA: ____ MIN. ____		DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE LUN ____ MAR ____ MI ____ JU ____ VI ____ SAB ____ DOM ____			
JORNADA EN QUE SUCEDE NORMA: ____ EXTRA ____		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? SI ____ NO ____		CUAL (Diligenciar solo en caso negativo)		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE ____	
TIPO DE ACCIDENTE: PROPIO DEL TRABAJO ____ TRANSITO ____ VIOLENCIA ____ DEPORTIVO ____ RECREATIVO ____		CAUSÓ LA MUERTE SI ____ NO ____		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	
						ZONA ACCIDENTE U. ____ R. ____	
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE DE TRABAJO : DENTRO DEL COLEGIO ____ FUERA DEL COLEGIO ____							
INDIQUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ		TIPO DE LESIÓN		FORMA DEL ACCIDENTE			
<input type="checkbox"/> AULA ESCOLAR <input type="checkbox"/> ÁREAS RECREATIVAS <input type="checkbox"/> CORREDORES O PASILLOS <input type="checkbox"/> ESCALERAS <input type="checkbox"/> ÁREA DE CIRCULACIÓN DE VEHÍCULOS(PARQUEO) <input type="checkbox"/> OFICINAS (SALA DE PROFESORES) <input type="checkbox"/> ÁREAS COMUNES <input type="checkbox"/> OTROS CUAL? _____		<input type="checkbox"/> FRACTURA <input type="checkbox"/> LUXACIÓN <input type="checkbox"/> TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR <input type="checkbox"/> HERNIA O LACERACIÓN, MÚSCULO, TENDÓN SIN HERIDA <input type="checkbox"/> CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO <input type="checkbox"/> AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (PÉRDIDA OJO) <input type="checkbox"/> HERIDA <input type="checkbox"/> TRAUMA SUPERFICIAL		<input type="checkbox"/> GLOPE, CONTUSIÓN, APLASTAMIENTO <input type="checkbox"/> QUEMADURA <input type="checkbox"/> ENVENENAMIENTO, INTOXICACIÓN AGUDA, ALERGIA <input type="checkbox"/> EFECTO DEL CLIMA, DEL TIEMPO O DEL AMBIENTE <input type="checkbox"/> ASFIXIA <input type="checkbox"/> EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN <input type="checkbox"/> LESIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> OTRO? CUAL? _____			
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA		AGENTE CON EL QUE SE LESIONO EL DOCENTE		FORMA DEL ACCIDENTE			
<input type="checkbox"/> CABEZA <input type="checkbox"/> OJO <input type="checkbox"/> CUELLO <input type="checkbox"/> TRONCO (ESPALDA, COLUMNA, PELVIS) <input type="checkbox"/> TORAX <input type="checkbox"/> ABDÓMEN <input type="checkbox"/> MIEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/> MANOS <input type="checkbox"/> MIEMBROS INFERIORES <input type="checkbox"/> PIES <input type="checkbox"/> MÚLTIPLES		<input type="checkbox"/> EQUIPOS O MÁQUINAS <input type="checkbox"/> MEDIO DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS, UTENSILIOS <input type="checkbox"/> MATERIALES O SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> AMBIENTE DE TRABAJO (SUPERFICIES DE TRANSITO, MUEBLES, TEJADOS, PUERTAS, VENTANAS) <input type="checkbox"/> OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/> APARATOS <input type="checkbox"/> ANIMALES (VIVOS O PRODUCTOS ANIMALES) <input type="checkbox"/> AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS		<input type="checkbox"/> CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> CAÍDA DE PERSONAS <input type="checkbox"/> PISADAS, CHOQUES O GOLPES <input type="checkbox"/> ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/> OTRO: CUAL? _____			
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE				PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE			
DESCRIBIR DE MANERA DETALLADA EL ACCIDENTE: LA DESCRIPCIÓN (RESPONDA A LAS PREGUNTAS: QUÉ, CÓMO, CUÁNDO? DÓNDE?)				APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
						C.C. ____ C.E. ____	____
				CARGO			
				APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
						C.C. ____ C.E. ____	____
				CARGO			
				RESPONSABLE DEL INFORME			
				APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
				DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO	
				C.C. ____ C.E. ____		____	
				FIRMA			
				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME (DIA, MES, AÑO)			
				____/____/____			