

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	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. ____ C.E. ____		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 ____ GLOBAL ____		
INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO							
FECHA DEL ACCIDENTE(DIA,MES,AÑO) ____ / ____ / ____		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HORAS) ____		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE LUN ____ MAR ____ MC ____ JU ____ VI ____ SAB ____ DOM ____			
JORNADA EN QUE SUCEDE NORMAL ____ 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 ____ TRÁNSITO ____ 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					
<input type="checkbox"/> AULA ESCOLAR <input type="checkbox"/> AREAS RECREATIVAS <input type="checkbox"/> CORREDORES O PASILLOS <input type="checkbox"/> ESCALERAS <input type="checkbox"/> AREA DE CIRCULACION DE VEHICULOS(PARQUEO) <input type="checkbox"/> OFICINAS (SALA DE PROFESORES) <input type="checkbox"/> AREAS 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 <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"/> ABDOMEN <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 MAQUINAS <input type="checkbox"/> MEDIO DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS, MATERIALES O SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> AMBIENTE DE TRABAJO (SUPERFICIES DE MUEBLES, TEJADOS, PUERTAS, 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 MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES, RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/> OTRO: CUÁL? ____			
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		IDENTIFI C.C. ____ C.E. ____	NÚMERO ____
				CARGO			
				APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFI C.C. ____ C.E. ____	NÚMERO ____
				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) ____ / ____ / ____							