

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		ZONA U. _____ R. _____					
INFORMACIÓN DEL DOCENTE ACCIDENTADO							
TIPO DE VINCULACIÓN		PLANTA		PROVISIONAL			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NUMERO		FECHA DE NACIMIENTO (DIA, MES, AÑO)		SEXO	
C.C. _____		_____		____ / ____ / ____		MASCULINO _____ FEMENINO _____	
DIRECCIÓN		TELÉFONO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
CARGO: DÓCENTE _____ ORIENTADOR (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 _____			
JORNADA EN QUE SUCEDE		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?		CUAL (Diligenciar solo en caso negativo)		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	
NORMAL _____ EXTRA _____		SI _____ NO _____		_____		_____	
TIPO DE ACCIDENTE: PROPIO DEL TRABAJO		CAUSÓ LA MUERTE		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	
TRÁNSITO _____ VIOLENCIA _____ DEPORTIVO _____ RECREATIVO _____		SI _____ NO _____		_____		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"/> FRACTURA		<input type="checkbox"/> GLOPE, CONTUSIÓN, APLASTAMIENTO			
<input type="checkbox"/> AREAS RECREATIVAS		<input type="checkbox"/> LUXACIÓN		<input type="checkbox"/> QUEMADURA			
<input type="checkbox"/> CORREDORES O PASILLOS		<input type="checkbox"/> ORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR		<input type="checkbox"/> ENVENENAMIENTO, INTOXICACIÓN			
<input type="checkbox"/> ESCALERAS		<input type="checkbox"/> HERNIA O LACERACIÓN, MÚSCULO, TENDÓN SIN		<input type="checkbox"/> EFECTO DEL CLIMA, DEL TIEMPO O DEL AMBIENTE			
<input type="checkbox"/> AREA DE CIRCULACIÓN DE		<input type="checkbox"/> CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO		<input type="checkbox"/> ASFIXIA			
<input type="checkbox"/> OFICINAS (SALA DE PROFESORES)		<input type="checkbox"/> AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (PÉRDIDA		<input type="checkbox"/> EFECTO DE LA ELECTRICIDAD			
<input type="checkbox"/> AREAS COMUNES		<input type="checkbox"/> HERIDA		<input type="checkbox"/> EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN			
<input type="checkbox"/> VÍTRUS		<input type="checkbox"/> TRAUMA SUPERFICIAL		<input type="checkbox"/> LESIONES MÚLTIPLES			
CUAL ?				<input type="checkbox"/> OTRO ?			
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTA		AGENTE CON EL QUE SE LESIONO EL DOCENTE		FORMA DEL ACCIDENTE			
<input type="checkbox"/> CABEZA		<input type="checkbox"/> EQUIPOS O MÁQUINAS		<input type="checkbox"/> CAÍDA DE OBJETOS			
<input type="checkbox"/> OJO		<input type="checkbox"/> MEDIO DE TRANSPORTE		<input type="checkbox"/> CAÍDA DE PERSONAS			
<input type="checkbox"/> CUELLO		<input type="checkbox"/> HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS,		<input type="checkbox"/> PISADAS, CHOQUES O GOLPES			
<input type="checkbox"/> TRONCO (ESPALDA, COLUMNA, PELVIS)		<input type="checkbox"/> MATERIALES O SUSTANCIAS		<input type="checkbox"/> ATRAPAMIENTOS			
<input type="checkbox"/> TORAX		<input type="checkbox"/> AMBIENTE DE TRABAJO (SUPERFICIES DE		<input type="checkbox"/> SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O			
<input type="checkbox"/> ABDOMEN		<input type="checkbox"/> MUEBLES, TEJADOS, PUERTAS,		<input type="checkbox"/> MOVIMIENTO			
<input type="checkbox"/> MIEMBROS SUPERIORES		<input type="checkbox"/> OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS		<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA			
<input type="checkbox"/> MANOS		<input type="checkbox"/> APARATOS		<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON ELECTRICIDAD			
<input type="checkbox"/> MIEMBROS INFERIORES		<input type="checkbox"/> ANIMALES (VIVOS O PRODUCTOS		<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS			
<input type="checkbox"/> PIES		<input type="checkbox"/> AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE		<input type="checkbox"/> RADIACIONES O SALPICADURAS			
<input type="checkbox"/> MÚLTIPLES				<input type="checkbox"/> OTRO:			
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE		PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE					
DESCRIBIR DE MANERA DETALLADA EL ACCIDENTE: LA DESCRIPCIÓN (RESPONDiendo a las PREGUNTAS: QUÉ, CÓMO, CUÁNDO? DÓNDE?)		APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACIÓN		NÚMERO	
		CARGO		C.C. _____ C.E. _____		_____	
		APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACIÓN		NÚMERO	
		CARGO		C.C. _____ C.E. _____		_____	
		RESPONSABLE DEL INFORME					
		APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS					
		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO			
		C.C. _____ C.E. _____		_____			
		FIRMA					
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME (DIA, MES, AÑO)					
		_____ / _____ / _____					