

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN RIONEGRO  
SEDE PRINCIPAL

|   |                    |   |  |  |        |  |                       |
|---|--------------------|---|--|--|--------|--|-----------------------|
| NOMBRE SED<br>Rionegro  |                    | IDENTIFICACIÓN  |  | DIRECCIÓN  |        | TELÉFONO<br>5204060  |                       |
| FAX   | CORREO ELECTRÓNICO |   |  | DEPARTAMENTO   |        | MUNICIPIO  | ZONA<br>U. ___ R. ___ |
| <b>CENTRO EDUCATIVO DONDE LABORA EL DOCENTE</b>   |                    |   |  |  |        |  |                       |
| NOMBRE INSTITUCIÓN<br>EDUCATIVA   |                    | DIRECCIÓN   |  | DEPARTAMENTO<br>Antiquía   |        | MUNICIPIO<br>Rionegro  | ZONA<br>U. ___ R. ___ |
| <b>INFORMACIÓN DEL DOCENTE ACCIDENTADO</b>  |                    |   |  |  |        |  |                       |
| TIPO DE VINCULACIÓN   |                    | PLANTA  |  | PROVISIONAL  |        |  |                       |
| PRIMER APELLIDO   |                    | SEGUNDO APELLIDO  |  | PRIMER NOMBRE  |        | SEGUNDO NOMBRE   |                       |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. ___ C.E. ___   |                    | NUMERO  |  | FECHA DE NACIMIENTO(DIA, MES, AÑO)<br>___ / ___ / ___  |        | SEXO<br>MASCULINO ___ FEMENINO ___   |                       |
| DIRECCIÓN   |                    | TELÉFONO  |  | DEPARTAMENTO   |        | MUNICIPIO  |                       |
| CARGO: DOCENTE ___ ORIENTADOR (A) ___<br>D.D. RECTOR (A) ___<br>COORDINADOR (A) ___   |                    | FECHA DE INGRESO SED(DIA, MES, AÑO)<br>___ / ___ / ___  |  | SALARIO  |        | JORNADA DE TRABAJO HABITUAL:<br>MAÑANA ___<br>TARDE ___ NOCHE ___ GLOBAL ___ |                       |
| <b>INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO</b>  |                    |   |  |  |        |  |                       |
| FECHA DEL ACCIDENTE   |                    | HORA DEL ACCIDENTE  |  | DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE<br>LUN ___ MAR ___ MC ___ JU ___ VI ___ SAB ___ DOM ___   |        |  |                       |
| JORNADA EN QUE SUCEDE<br>NORMAL ___ EXTRA ___   |                    | ESTABA REALIZANDO SU LABOR<br>HABITUAL?<br>SI ___ NO ___  |  | CUAL (Diligenciar solo en caso negativo)   |        | TOTAL TIEMPO LABORADO<br>PREVIO AL<br>ACCIDENTE ___                          |                       |
| TIPO DE ACCIDENTE: PROPIO DEL TRABAJO ___<br>TRÁNSITO ___ VIOLENCIA ___ DEPORTIVO ___<br>RECREATIVO ___   |                    | CAUSÓ LA MUERTE<br>SI ___ NO ___  |  | DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE   |        | MUNICIPIO DEL ACCIDENTE  |                       |
|   |                    |   |  |  |        | ZONA ACCIDENTE<br>U. ___ R. ___  |                       |
| LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE DE TRABAJO : DENTRO DEL COLEGIO <input checked="" type="checkbox"/> FUERA DEL COLEGIO ___  |                    |   |  |  |        |  |                       |
| INDIQUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ  |                    | TIPO DE LESIÓN  |  |  |        |  |                       |
| <input type="checkbox"/> AULA ESCOLAR<br><input type="checkbox"/> AREAS RECREATIVAS<br><input type="checkbox"/> CORREDORES O PASILLOS<br><input type="checkbox"/> ESCALERAS<br><input type="checkbox"/> AREA DE CIRCULACIÓN DE VEHICULOS(PARQUEO)<br><input type="checkbox"/> OFICINAS (SALA DE PROFESORES)<br><input type="checkbox"/> AREAS COMUNES<br><input type="checkbox"/> OTROS<br>CUAL? _____  |                    | <input type="checkbox"/> FRACTURA<br><input type="checkbox"/> LUXACIÓN<br><input type="checkbox"/> TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR<br><input type="checkbox"/> HERNIA O LACERACIÓN, MÚSCULO, TENDÓN SIN HERIDA<br><input type="checkbox"/> CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO<br><input type="checkbox"/> AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (PÉRDIDA OJO)<br><input type="checkbox"/> HERIDA<br><input type="checkbox"/> TRAUMA SUPERFICIAL   |  | <input type="checkbox"/> GLOPE, CONTUSIÓN, APLASTAMIENTO<br><input type="checkbox"/> QUEMADURA<br><input type="checkbox"/> ENVENENAMIENTO, INTOXICACIÓN<br><input type="checkbox"/> EFECTO DEL CLIMA, DEL TIEMPO O DEL ASFIXIA<br><input type="checkbox"/> EFECTO DE LA ELECTRICIDAD<br><input type="checkbox"/> EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN<br><input type="checkbox"/> LESIONES MÚLTIPLES<br>OTRO? _____<br>CUAL? _____  |        |  |                       |
| PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA   |                    | AGENTE CON EL QUE SE LESIONO EL DOCENTE   |  | FORMA DEL ACCIDENTE  |        |  |                       |
| <input type="checkbox"/> CABEZA<br><input type="checkbox"/> OJO<br><input type="checkbox"/> CUELLO<br><input type="checkbox"/> TRONCO (ESPALDA, COLUMNA, PELVIS)<br><input type="checkbox"/> TORAX<br><input type="checkbox"/> ABDOMEN<br><input type="checkbox"/> MIEMBROS SUPERIORES<br><input type="checkbox"/> MANOS<br><input type="checkbox"/> MIEMBROS INFERIORES<br><input type="checkbox"/> PIES<br><input type="checkbox"/> MÚLTIPLES |                    | <input type="checkbox"/> EQUIPOS O MÁQUINAS<br><input type="checkbox"/> MEDIO DE TRANSPORTE<br><input type="checkbox"/> HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS, MATERIALES O SUSTANCIAS<br><input type="checkbox"/> AMBIENTE DE TRABAJO (SUPERFICIES DE MUEBLES, TEJADOS, PUERTAS, VENTANAS<br>OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS<br><input type="checkbox"/> APARATOS<br><input type="checkbox"/> ANIMALES (VIVOS O PRODUCTOS ANIMALES)<br><input type="checkbox"/> AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS |  | <input type="checkbox"/> CAÍDA DE OBJETOS<br><input type="checkbox"/> CAÍDA DE PERSONAS<br><input type="checkbox"/> PISADAS, CHOQUES O GOLPES<br><input type="checkbox"/> ATRAPAMIENTOS<br><input type="checkbox"/> SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O MOVIMIENTO<br><input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON<br><input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON ELECTRICIDAD<br><input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES,<br><input type="checkbox"/> RADIACIONES O SALPICADURAS<br><input type="checkbox"/> OTRO:<br>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   | NÚMERO |  |                       |
|   |                    |   |  | C.C. ___   | ___    |  |                       |
|   |                    | CARGO: Docente  |  | C.E. ___   | ___    |  |                       |
|   |                    | APELLIDOS Y NOMBRES   |  | IDENTIFI   | NÚMERO |  |                       |
|   |                    |   |  | C.C. ___   | ___    |  |                       |
|   |                    |   |  | C.F. ___   | ___    |  |                       |
|   |                    | 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)   |  |  |        |  |                       |