

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		NÚMERO		FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES, AÑO)		SEXO					
C.C. _____		_____ / _____ / _____		_____ / _____ / _____		MASCULINO _____ FEMENINO _____					
DIRECCIÓN		TELÉFONO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO					
CARGO: DOCENTE _____ ORIENTADOR (A) _____		FECHA DE INGRESO SED (DÍA, MES, AÑO)		SALARIO		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL					
D.D. RECTOR (A) _____ COORDINADOR (A) _____		_____ / _____ / _____		_____ / _____ / _____		MAÑANA _____ TARDE _____ NOCHE _____ GLOBAL _____					
INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO											
FECHA DEL ACCIDENTE (DÍA, 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		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 _____ TRÁNSITO _____		CAUSÓ LA MUERTE		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE					
VIOLENCIA _____ DEPORTIVO _____ RECREATIVO _____		SI _____ NO _____		_____		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											
<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 CIRCULACIÓN DE VEHICULOS (PARQUEO) <input type="checkbox"/> OFICINAS (SALA DE PROFESORES) <input type="checkbox"/> AREAS COMUNES <input type="checkbox"/> OTROS CUAL? _____				TIPO DE LESIÓN <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 LESIONÓ EL DOCENTE							
<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 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 TRÁNSITO, 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				FORMA DEL ACCIDENTE			
<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											
DESCRIBIR DE MANERA DETALLADA EL ACCIDENTE: LA DESCRIPCIÓN (RESPONDA A LAS PREGUNTAS: QUÉ, CÓMO, CUÁNDO? DÓNDE?)				PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE							
				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 (DÍA, MES, AÑO)							
				_____ / _____ / _____							