

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. _____	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) HORA: _____ MIN. _____		DIA 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"/> GLOPE, CONTUSIÓN, APLASTAMIENTO			
<input type="checkbox"/> AULA ESCOLAR		<input type="checkbox"/> FRACTURA		<input type="checkbox"/> QUEMADURA			
<input type="checkbox"/> ÁREAS RECREATIVAS		<input type="checkbox"/> LUXACIÓN		<input type="checkbox"/> ENVENENAMIENTO, INTOXICACIÓN AGUDA, ALERGIA			
<input type="checkbox"/> CORREDORES O PASILLOS		<input type="checkbox"/> TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR		<input type="checkbox"/> EFECTO DEL CLIMA, DEL TIEMPO O DEL AMBIENTE			
<input type="checkbox"/> ESCALERAS		<input type="checkbox"/> HERNIA O LACERACIÓN, MÚSCULO, TENDÓN SIN HERIDA		<input type="checkbox"/> ASFIXIA			
<input type="checkbox"/> ÁREA DE CIRCULACIÓN DE VEHÍCULOS (PARQUEO)		<input type="checkbox"/> CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO		<input type="checkbox"/> EFECTO DE LA ELECTRICIDAD			
<input type="checkbox"/> OFICINAS (SALA DE PROFESORES)		<input type="checkbox"/> AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (PÉRDIDA OJO)		<input type="checkbox"/> EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN			
<input type="checkbox"/> ÁREAS COMUNES		<input type="checkbox"/> HERIDA		<input type="checkbox"/> LESIONES MÚLTIPLES			
<input type="checkbox"/> OTROS CUAL? _____		<input type="checkbox"/> TRAUMA SUPERFICIAL		<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"/> 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, UTENSILIOS		<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 TRÁNSITO, MUEBLES, TEJADOS, PUERTAS, VENTANAS)		<input type="checkbox"/> SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO			
<input type="checkbox"/> ABDOMEN		<input type="checkbox"/> OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS		<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA			
<input type="checkbox"/> MIEMBROS SUPERIORES		<input type="checkbox"/> APARATOS		<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON ELECTRICIDAD			
<input type="checkbox"/> MANOS		<input type="checkbox"/> ANIMALES (VIVOS O PRODUCTOS ANIMALES)		<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS			
<input type="checkbox"/> MIEMBROS INFERIORES		<input type="checkbox"/> AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS		<input type="checkbox"/> OTRO: CUÁL? _____			
<input type="checkbox"/> PIES							
<input type="checkbox"/> MÚLTIPLES							
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)							
____/____/____							