

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"/> AREAS 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		HERNIA O LACERACIÓN, MÚSCULO, TENDÓN SIN HERIDA			<input type="checkbox"/> ASFIXIA		
<input type="checkbox"/> AREA DE CIRCULACIÓN DE VEHICULOS(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"/> AREAS 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)							
____/____/____							