

IDENTIFICACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN  
SEDE PRINCIPAL

NOMBRE SED		IDENTIFICACIÓN		DIRECCIÓN		TELÉFONO	
FAX	CORREO ELECTRÓNICO			DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
ZONA U. _____ R. _____							
<b>CENTRO EDUCATIVO DONDE LABORA EL DOCENTE</b>							
NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCATIVA		DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
TELÉFONO							
ZONA U. _____ R. _____							
<b>INFORMACIÓN DEL DOCENTE ACCIDENTADO</b>							
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 _____ NOCTURNA _____	
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO</b>							
FECHA DEL ACCIDENTE(DIA, MES, AÑO) ____/____/____		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HORAS) HORA: _____ MIN. _____		DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE LUN _____ MAR _____ MIÉ _____ JUE _____ VIE _____ SÁB _____ 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 _____ TRANSITO _____ 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		FORMA DEL ACCIDENTE			
<input type="checkbox"/> AULA ESCOLAR <input type="checkbox"/> ÁREAS RECREATIVAS <input type="checkbox"/> CORREDORES O PASILLOS <input type="checkbox"/> ESCALERAS <input type="checkbox"/> ÁREA DE CIRCULACIÓN DE VEHÍCULOS(PARQUEO) <input type="checkbox"/> OFICINAS (SALA DE PROFESORES) <input type="checkbox"/> ÁREAS COMUNES <input type="checkbox"/> OTROS CUAL? _____		<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 LESIONO EL DOCENTE		FORMA DEL ACCIDENTE			
<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"/> ABDÓMEN <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 TRANSITO, 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		<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		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		IDENTIFICACIÓN		NÚMERO	
				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) ____/____/____					