

NOMBRE SED		IDENTIFICACIÓN		DIRECCIÓN		TELÉFONO	
FAX	CORREO ELECTRÓNICO			DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
ZONA U ____ R ____							
<b>CENTRO EDUCATIVO DONDE LABORA EL DOCENTE</b>							
NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCATIVA							
TELÉFONO		DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
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. ____ C.E. ____		NÚMERO		FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES, AÑO) ____/____/____		SEXO MASCULINO ____ FEMENINO ____	
DIRECCIÓN			TELÉFONO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO
CARGO: DOCENTE ____ D.D. RECTOR(A) ____		ORIENTADOR(A) ____ COORDINADOR(A) ____		FECHA DE INGRESO SED (DÍA, MES, AÑO) ____/____/____		SALARIO	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL MAÑANA ____ TARDE ____ NOCHE ____ GLOBAL ____
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO</b>							
FECHA DEL ACCIDENTE (DÍA, MES, AÑO) ____/____/____		HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HORAS) HORA: ____ MIN. ____		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE LUN ____ MAR ____ MI ____ JUE ____ VIE ____ SAB ____ DOM ____			
JORNADA EN QUE SUCEDE NORMAL ____ EXTRA ____		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? SI ____ NO ____		CUAL (Diligencia solo en caso negativo)		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE ____	
TIPO DE ACCIDENTE: PROPIO DEL TRABAJO ____ VIOLENCIA ____ DEPORTIVO ____ RECREATIVO ____		TRÁNSITO ____	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 ____							
<b>INDIQUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ</b>		<b>TIPO DE LESIÓN</b>		<input type="checkbox"/> GOLPE, CONTUSIÓN, APLASTAMIENTO			
<input type="checkbox"/> AULA ESCOLAR		<input type="checkbox"/> FRACTURA		<input type="checkbox"/> HERNIA O LACERACIÓN, MÚSCULO, TENDÓN SIN HERIDA			
<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		<input type="checkbox"/> QUEMADURA		<input type="checkbox"/> ASFIXIA			
<input type="checkbox"/> AREA DE CIRCULACIÓN DE VEHÍCULOS (PARKING)		<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?			
<b>PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA</b>		<b>AGENTE CON EL QUE SE LESIONÓ EL DOCENTE</b>		<b>FORMA DEL ACCIDENTE</b>			
<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"/> PESADAS, CHOQUES O GOLPES			
<input type="checkbox"/> TRONCO (ESPALDA, COLUMNA, PELVIS)		<input type="checkbox"/> MATERIALES O SUSTANCIAS		<input type="checkbox"/> ATRAPAMIENTOS			
<input type="checkbox"/> TÓRAX		<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: CUAL?			
<input type="checkbox"/> PIES							
<input type="checkbox"/> MÚLTIPLES							
<b>DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE</b>				<b>PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE</b>			
DESCRIBIR DE MANERA DETALLADA EL ACCIDENTE: LA DESCRIPCIÓN (RESPONDA A LAS PREGUNTAS: QUÉ, CÓMO, CUÁNDO? DÓNDE?)				APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACIÓN C.C. ____ C.E. ____	NÚMERO
				CARGO			
				APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACIÓN C.C. ____ C.E. ____	NÚMERO
				CARGO			
				<b>RESPONSABLE DEL INFORME</b>			
				APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
				DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO	
				C.C. ____ C.E. ____			
				FIRMA			