

**FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO
IDENTIFICACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN – SEDE PRINCIPAL**

No. SED	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO		
FAX:	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA U__ R__	
CENTRO EDUCATIVO DONDE LABORA EL DOCENTE					

INSTITUCIÓN EDUCATIVA:					
TELÉFONO:	DIRECCIÓN:	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA U__ R__	

INFORMACIÓN DEL DOCENTE ACCIDENTADO					
TIPO 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 _____ ORIENTADOR(A) _____ D.D. RECTOR(A) _____ COORDINADOR(A) _____	FECHA INGRESO SED /DÍA/MES/AÑO ____/____/____	SALARIO	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL MAÑANA __ TARDE __ NOCHE __ OTROS ____		

INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO					
FECHA DEL ACCIDENTE DÍA/MES/AÑO ____/____/____	HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HORAS) HORA ____ MIN. ____	DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE LUN ____ MAR ____ MIE ____ JUE ____ VIE ____ SAB ____ DOM ____			
JORNAD EN QUE SUCEDE NORMAL _____ EXTRA _____	Estaba realizando su labor habitual? SI ____ No ____	CUÁL? (Diligenciar solo en caso negativo)	TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE _____		
TIPO DE ACCIDENTE PROPIO DE TRABAJO ____ TRANSITO ____ VIOLENCIA ____ DEPORTIVO ____ RECREATIVO _____	CAUSÓ MUERTE SI ____ NO ____	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	ZONA U__ R__	

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: DENTRO DEL COLEGIO _____ FUERA DEL COLEGIO _____		
INDIQUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ ____ AULA ESCOLAR ____ AREAS RECRETATIVAS ____ CORREDORES O PASILLOS ____ ESCALERAS ____ AREA DE CIRCULACIÓN DE VEHICULOS (PARQUEO) ____ OFICINAS (SALA DE PROFESORES) ____ AREAS COMUNES ____ OTROS CUÁL? _____	TIPO DE LESIÓN ____ FRACTURA ____ LUXACIÓN ____ TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN, MÚSCULO, TENDÓN SIN HERIDA. ____ CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO. ____ AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (PÉRDIDA OJO). ____ HERIDA ____ TRAUMA SUPERFICIAL.	____ GOLPE, CONTUSIÓN, APLASTAMIENTO ____ QUEMADURA ____ ENVENAMIENTO, INTOXICAIÓN AGUDA, ALERGIA. ____ EFECTO DEL CLIMA, DEL TIEMPO O DEL AMBIENTE. ____ ASFIXIA. ____ EFECTO DE LA ELECTRICIDAD ____ EFECTO NOCIVO DEL LA RADIACIÓN. ____ LESIONES MULTIPLES. ____ OTRO CUÁL? _____
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA ____ CABEZA ____ OJO ____ CUELLO ____ TRONCO(ESPALDA, COLUMNA, PELVIS) ____ TORAX ____ ABDOMEN ____ MIEMBROS SUPERIORES ____ MANOS ____ MIEMBROS INFERIORES ____ PIES ____ MULTIPLES	AGENTE CON EL QUE SE LESIONÓ EL DOCENTE ____ EQUIPOS O MÁQUINAS ____ MEDIO DE TRANSPORTE ____ HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS, UTENSILIOS ____ MATERIALES O SUSTANCIAS ____ AMBIENTE DE TRABAJO (INFRACTORES DE TRANSITO, MUEBLES, TEJADOS PUERTAS, VENTANAS) ____ OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS APARATOS ____ ANIMALES (VIVOS O PRODUCTOS ANIMALES) ____ AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS	FORMA DEL ACCIDENTE ____ CAIDA DE OBJETOS ____ CAIDA DE PERSONAS ____ PISADAS, CHOQUES O GOLPES ____ ATRAPAMIENTOS ____ SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO FALSO MOVIMIENTO ____ EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTERNA ____ EXPOSICIÓN O CONTACTO CON ELECTRICIDAD ____ EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOSIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS. ____ OTRO CUÁL? _____

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE DESCRIBIR DE MANERA DETALLADA EL ACCIDENTE: LA DESCRIPCIÓN (RESPONDA A LAS PREGUNTAS: QUÉ, CÓMO, CUÁNDO, DONDÉ?).	PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE	
	APELLIDOS Y NOMBRES	
	IDENTIFICACIÓN: C.C. __ C.E. __	NÚMERO:
	CARGO:	
	APELLIDOS Y NOMBRES	
	IDENTIFICACIÓN: C.C. __ C.E. __	NÚMERO:
	CARGO:	
	RESPONSABLE DEL INFORME:	
	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	
	IDENTIFICACIÓN: C.C. __ C.E. __	NÚMERO
	FIRMA	
	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME (DÍA/MES/AÑO) ____/____/____	