SOCIALES DEL MAGISTERIO

FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Fiduprevisora S.A.
VALORES QUE HACEN DIFERENCIA

IDENTIFICACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SEDE PRINCIPAL

NOMBRE SED	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELEFONO

FAX	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA U_____ R_____

CENTRO EDUCATIVO DONDE LABORA EL DOCENTE

NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCATIVA				
TELÉFONO	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	TELEFONO	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)	DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE	
___ ___/ ___ ___/ ___ ___ ___ ___	HORA:___ MIN.___	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	
☐ AULA ESCOLAR	☐ FRACTURA	☐ GLOPE,CONTUSIÓN, APLASTAMIENTO
☐ AREAS RECREATIVAS	☐ LUXACIÓN	☐ QUEMADURA
☐ CORREDORES O PASILLOS	☐ TORCEDURA, ESGUINCE,DESGARRO MUSCULAR	☐ ENVENENAMIENTO,INTOXICACIÓN AGUDA,ALERGIA
☐ ESCALERAS	HERNIA O LACERACIÓN,MÚSCULO,TENDÓN SIN HERIDA	☐ EFECTO DEL CLIMA, DEL TIEMPO O DEL AMBIENTE
☐ AREA DE CIRCULACIÓN DE VEHICULOS(PARQUEO)	☐ CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO	☐ ASFIXIA
☐ OFICINAS (SALA DE PROFESORES)	☐ AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (PÉRDIDA OJO)	☐ EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
☐ AREAS COMUNES	☐ HERIDA	☐ EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
☐ OTROS CUAL?_____	☐ TRAUMA SUPERFICIAL	☐ LESIONES MÚLTIPLES
		☐ OTRO? CUAL?_____

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA	AGENTE CON EL QUE SE LESIONO EL DOCENTE	FORMA DEL ACCIDENTE
☐ CABEZA	☐ EQUIPOS O MÁQUINAS	☐ CAÍDA DE OBJETOS
☐ OJO	☐ MEDIO DE TRANSPORTE	☐ CAÍDA DE PERSONAS
☐ CUELLO	☐ HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS, UTENSILIOS	☐ PISADAS, CHOQUES O GOLPES
☐ TRONCO (ESPALDA,COLUMNA,PELVIS)	☐ MATERIALES O SUSTANCIAS	☐ ATRAPAMIENTOS
☐ TORAX	☐ AMBIENTE DE TRABAJO (SUPERFICIES DE TRANSITO, MUEBLES, TEJADOS, PUERTAS, VENTANAS	☐ SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
☐ ABDOMEN	☐ OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS	☐ EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
☐ MIEMBROS SUPERIORES	☐ APARATOS	☐ EXPOSICIÓN O CONTACTO CON ELECTRICIDAD
☐ MANOS	☐ ANIMALES (VIVOS O PRODUCTOS ANIMALES)	☐ EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
☐ MIEMBROS INFERIORES	☐ AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS	☐ OTRO: CUÁL?_____
☐ PIES		
☐ MÚLTIPLES		

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBIR DE MANERA DETALLADA EL ACCIDENTE: LA DESCRIPCIÓN (RESPONDA A LAS PREGUNTAS: QUÉ, CÓMO, CUÁNDO? DÓNDE?)

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

DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C.___ C.E.___ NÚMERO _____

FIRMA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME (DIA, MES, AÑO)

___ ___/ ___ ___/ ___ ___ ___ ___