

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		DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
TELÉFONO						ZONA U _____ R _____	
INFORMACIÓN DEL DOCENTE ACCIDENTADO							
TIPO DE VINCULACIÓN		PLANTA		PROVISIONAL			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO		FECHA DE NACIMIENTO(DIA, MES, AÑO)		SEXO	
C.C. _____				____ / ____ / ____		MASCULINO _____ FEMENINO	
DIRECCIÓN		TELÉFONO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
CARGO: DOCENTE _____		ORIENTADOR (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)		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE			
____ / ____ / ____		HORA: _____ MIN. _____		LUN _____ MAR _____ MC _____ JU _____ VI _____ SAB _____			
JORNADA EN QUE SUCEDE		ESTABA REALIZANDO SU LABOR		CUAL (Diligenciar solo en caso negativo)		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE _____	
NORMAL _____ EXTRA _____		HABITUAL? SI _____ NO _____					
TIPO DE ACCIDENTE: PROPIO DEL TRABAJO _____		CAUSÓ LA MUERTE SI _____ NO _____		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	
TRÁNSITO _____ VIOLENCIA _____		DEPORTIVO _____				ZONA ACCIDENTE U _____ R _____	
RECREATIVO _____							
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"/> FRACTURA <input type="checkbox"/> QUEMADURA <input type="checkbox"/> LUXACIÓN <input type="checkbox"/> ENVENENAMIENTO, INTOXICACIÓN <input type="checkbox"/> ORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR <input type="checkbox"/> EFECTO DEL CLIMA, DEL TIEMPO O DEL AMBIENTE <input type="checkbox"/> HERNIA O LACERACIÓN, MÚSCULO, TENDÓN SIN <input type="checkbox"/> ASFIXIA <input type="checkbox"/> CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO <input type="checkbox"/> EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (PÉRDIDA <input type="checkbox"/> EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN <input type="checkbox"/> HERIDA <input type="checkbox"/> LESIONES MÚLTIPLES <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"/> OJO <input type="checkbox"/> CUELLO <input type="checkbox"/> TRONCO (ESPALDA, COLUMNA, PELVIS) <input type="checkbox"/> TORAX <input type="checkbox"/> ABDOMEN <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, <input type="checkbox"/> MATERIALES O SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> AMBIENTE DE TRABAJO (SUPERFICIES DE <input type="checkbox"/> MUEBLES, TEJADOS, PUERTAS, <input type="checkbox"/> OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/> APARATOS <input type="checkbox"/> ANIMALES (VIVOS O PRODUCTOS <input type="checkbox"/> AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE		<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 MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/> OTRO: _____			
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE				PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE			
DESCRIBIR DE MANERA DETALLADA EL ACCIDENTE: LA DESCRIPCIÓN (RESPONDEN A LAS PREGUNTAS: QUÉ, CÓMO, CUÁNDO? DÓNDE?)				APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACIÓN	
						C.C. _____ C.E. _____	
				CARGO		NÚMERO	
				APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACIÓN	
						C.C. _____ C.E. _____	
				CARGO		NÚMERO	
				RESPONSABLE DEL INFORME			
				APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
				DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO	
				C.C. _____ C.E. _____			
				FIRMA			
				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME (DIA, MES, AÑO)			
				____ / ____ / ____			

**INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO
FORMATO UNICO DE REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO
MAGISTERIO**

I. INFORMACION GENERAL DE LA EMPRESA

Se incluye nombre de la Secretaría a la cual pertenece y la demás información solicitada en el ítem.

II. INFORMACION DEL CENTRO EDUCATIVO DONDE LABORA EL DOCENTE

Se incluye el nombre de la Institución Educativa, sede y localización en la cual labora el trabajador al momento del accidente.

III. INFORMACION DEL DOCENTE ACCIDENTADO

Se incluye apellidos y nombres completos legibles con la información general.

Cargo: Especificar si es docente y en que áreas, rector, coordinador, etc.

Fecha de ingreso: fecha de ingreso a la docencia.

Jornada de trabajo habitual: Especificar si la labor se realiza en la mañana, tarde, noche o mixta.

IV. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha: día, mes y año de ocurrencia del accidente.

Hora del accidente: teniendo en cuenta el horario de 0 a 23 horas. Ejemplo las 3:30 p.m corresponde a la 15:30.

Día de la semana de ocurrencia del accidente: de lunes a domingo.

Labor habitual: Marcar si o no estaba realizando el oficio para el cual fue contratado.

Jornada de Trabajo: normal o extra

Total de tiempo laborado previo al accidente: Números de horas desde el momento de su ingreso a laborar, hasta la hora de ocurrencia del accidente.

Lugar de ocurrencia del accidente: Marcar si ocurrió dentro o fuera de la (Institución o sede educativa).
Demarcar el área o sitio específico (patio, escaleras, laboratorio, salón de clase, etc).

Tipo de lesión: Marcar el tipo de lesión o lesiones causadas (herida, golpe, raspadura, quemadura, torcedura).

Con que se lesionó el trabajador: Marcar el cuadro con el objeto, sustancia o material con el cual se causó el accidente (escaleras, mobiliario, partículas, etc) .

Parte del cuerpo aparentemente afectadas: Marcar el área del cuerpo específica la cual se afectó.

V. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

Describe brevemente la forma como ocurrió el accidente. Ejemplo: " Bajaba por las escaleras del segundo al primer piso , golpeandome en la rodilla derecha al resbalar ya que las escalas estaban húmedas.

Información de testigos: Incluir nombre, cédula y cargo de una o dos personas que presenciaron el accidente. No se deben incluir menores de edad (alumnos).

Responsable del reporte: Nombre, identificación y firma de la persona responsable del diligenciamiento de este informe. (Debe firmarlo el rector o coordinador encargado)

NOTA:

1. Todo accidente de trabajo se debe informar durante las 48 horas hábiles de haber ocurrido. 2. Debe diligenciarse el formato de reporte único de accidente de trabajo por el Rector, Coordinación ó persona asignada en la Institución Educativa o sede, dando la información con letra legible sin tachones ni enmendaduras y relato veraz de los hechos y lesiones ocurridas. 3.El formato debe diligenciarse en original y tres copias (original: área de Salud Ocupacional de la Fundación Médico Preventiva- 1 copia: IPS que atiende la urgencias. 1 copia: Para el trabajador "docente". 1 copia : Archivo Institución Educativa ó Secretaría de Educación).