



Administrado por:
(fiduprevisora)

**REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO PARA LOS
EDUCADORES ACTIVOS AFILIADOS AL FOMAG**

RESOLUCIÓN 0156 DE 2005

PROCESO: Administración de
Servicios de Salud
CÓDIGO: FR-ST-04
VERSIÓN: 00

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD TERRITORIAL CERTIFICADA EN EDUCACIÓN (ETC)

SEDE PRINCIPAL

NOMBRE ETC:	Nº IDENTIFICACIÓN (NIT):	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:
CORREO ELECTRÓNICO:	DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:	ZONA: U: <input type="checkbox"/> R: <input type="checkbox"/>

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DONDE LABORA EL EDUCADOR

NOMBRE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:			
TELÉFONO:	DIRECCIÓN:	DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO: ZONA: U: <input type="checkbox"/> R: <input type="checkbox"/>

SEDE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DONDE LABORA EL EDUCADOR

NOMBRE COMPLETO DE LA SEDE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO:			
TELÉFONO:	DIRECCIÓN:	DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO: ZONA: U: <input type="checkbox"/> R: <input type="checkbox"/>

II. INFORMACIÓN DEL EDUCADOR ACCIDENTADO

TIPO DE VINCULACIÓN : PROPIEDAD: <input type="checkbox"/> PERÍODO DE PRUEBA: <input type="checkbox"/> PROVISIONAL EN VACANCIA DEFINITIVA <input type="checkbox"/> PROVISIONAL EN VACANCIA TEMPORAL <input type="checkbox"/>	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C: <input type="checkbox"/> C: <input type="checkbox"/> U: <input type="checkbox"/> T.I: <input type="checkbox"/> P.A: <input type="checkbox"/>	NÚMERO:	FECHA DE NACIMIENTO: DD/MM/AAAA		SEXO:
		/	/	MASCULINO: <input type="checkbox"/> FEMENINO: <input type="checkbox"/>

DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:
------------	-----------	---------------	------------

CARGO: DOCENTE: <input type="checkbox"/> ORIENTADOR (A): <input type="checkbox"/> D.D. RECTOR (A): <input type="checkbox"/> COORDINADOR (A): <input type="checkbox"/>	FECHA DE INGRESO A LA ETC: DD/MM/AAAA	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: MAÑANA: <input type="checkbox"/> TARDE: <input type="checkbox"/> NOCHE: <input type="checkbox"/> GLOBAL: <input type="checkbox"/> COMPLETA: <input type="checkbox"/> ÚNICA <input type="checkbox"/> FIN DE SEMA <input type="checkbox"/>
---	--	---

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO

FECHA DEL ACCIDENTE DD/MM/AAAA	HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HORAS)	DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE EL ACCIDENTE: LUNES <input type="checkbox"/> MARTES <input type="checkbox"/> MIÉRCOLES <input type="checkbox"/> JUEVES <input type="checkbox"/> VIERNES <input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/>		
/ /	HORA: MIN.			
JORNADA EN QUE SUCEDE NORMAL: <input type="checkbox"/> EXTRAO: <input type="checkbox"/>	ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	CUÁL: (Diligenciar solo en caso negativo)	TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE: _____ HH: _____ MM	

TIPO DE ACCIDENTE: PROPIO DEL TRABAJO: <input type="checkbox"/> TRÁNSITO: <input type="checkbox"/> VIOLENCIA: <input type="checkbox"/> DEPORTIVO: <input type="checkbox"/> RECREATIVO: <input type="checkbox"/>	CAUSÓ LA MUERTE SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	ZONA ACCIDENTE U: _____ R: _____
---	--	----------------------------	-------------------------	-------------------------------------

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO: FUERA DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO: TRABAJO EN CASA:

INDIQUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ		TIPO DE LESIÓN		
<input type="checkbox"/> ALMACENES O DEPÓSITOS	<input type="checkbox"/> AULA ESCOLAR	<input type="checkbox"/> FRACTURA	<input type="checkbox"/> QUEMADURA	
<input type="checkbox"/> ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS	<input type="checkbox"/> AREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS	<input type="checkbox"/> LUXACIÓN	<input type="checkbox"/> ENVENENAMIENTO,INTOXICACIÓN AGUDA,ALERGIA	
<input type="checkbox"/> CORREDORES O PASILLOS	<input type="checkbox"/> ESCALERAS	<input type="checkbox"/> TORCEDURA, ESGUINCE,DESGARRO MUSCULAR	<input type="checkbox"/> EFECTO DEL CLIMA, DEL TIEMPO O DEL AMBIENTE	
<input type="checkbox"/> AREA DE CIRCULACIÓN DE VEHICULOS(PARQUEO)	<input type="checkbox"/> OFICINAS (SALA DE PROFESORES)	<input type="checkbox"/> CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO	<input type="checkbox"/> ASFIXIA	
<input type="checkbox"/> OTRAS ÁREAS COMUNES	<input type="checkbox"/> OTRO: CUÁL?	<input type="checkbox"/> AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (PÉRDIDA OJO)	<input type="checkbox"/> EFECTO DE LA ELECTRICIDAD	
		<input type="checkbox"/> HERIDA	<input type="checkbox"/> EFECTO NOCIVO DE LA RADIAción	
		<input type="checkbox"/> TRAUMA SUPERFICIAL	<input type="checkbox"/> LESIONES MÚLTIPLES	
		<input type="checkbox"/> GOLPE,CONTUSIÓN,APLASTAMIENTO	<input type="checkbox"/> OTRA: CUÁL?	

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA	AGENTE CON EL QUE SE LESIONÓ EL EDUCADOR	MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE
<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"/> APARATOS	<input type="checkbox"/> PISADAS, CHOQUES O GOLPES
<input type="checkbox"/> TRONCO (ESPALDA,COLUMNA,PELVIS)	<input type="checkbox"/> HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS, UTENSILIOS	<input type="checkbox"/> ATRAPAMIENTOS
<input type="checkbox"/> TORAX	<input type="checkbox"/> MATERIALES O SUSTANCIAS	<input type="checkbox"/> SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
<input type="checkbox"/> ABDOMEN	<input type="checkbox"/> RADIACIONES	
<input type="checkbox"/> MIEMBROS SUPERIORES	<input type="checkbox"/> AMBIENTE DE TRABAJO (Superficies de tránsito y trabajo, muelles, tejados, puertas, ventanas en exterior, interior o subterráneos)	<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
<input type="checkbox"/> MANOS	<input type="checkbox"/> ANIMALES (VIVOS O PRODUCTOS ANIMALES)	<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON ELECTRICIDAD
<input type="checkbox"/> MIEMBROS INFERIORES	<input type="checkbox"/> AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS	<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIAciones, RADIAciones O SALPICADURAS
<input type="checkbox"/> PIES	<input type="checkbox"/> OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS	<input type="checkbox"/> OTRO: CUÁL?
UBICACIONES MÚLTIPLES	CUÁL?	

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE: **PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE:** SI: NO:

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.:_____ N.U.:_____
T.I.:_____ P.A.:_____

CARGO
APELLIDOS Y NOMBRES IDENTIFICACIÓN NÚMERO
C.C.:_____ C.E.:_____ N.U.:_____
T.I.:_____ P.A.:_____

CARGO

RESPONSABLE DEL INFORME (JEFÉ INMEDIATO O DELGADO):
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

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

FIRMA