

FOMAG	Administrado por: {fiduprevisora}	REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO PARA LOS EDUCADORES ACTIVOS AFILIADOS AL FOMAG		PROCESO: Administración de Servicios de Salud CÓDIGO: FR-ST-04
	RESOLUCIÓN 0156 DE 2005			VERSIÓN: 00
I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD TERRITORIAL CERTIFICADA EN EDUCACIÓN (ETC)				
SEDE PRINCIPAL				
NOMBRE ETC:	N° 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"/> COMPLETA: <input type="checkbox"/> ÚNICA <input type="checkbox"/>	GLOBAL: <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) HORA: _____ MIN. _____	DÍA 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"/>		
JORNADA EN QUE SUCEDE NORMAL: <input type="checkbox"/> EXTRA <input type="checkbox"/>	ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? SÍ: <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 SÍ: <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: <input type="checkbox"/> FUERA DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO: <input type="checkbox"/> TRABAJO EN CASA: <input type="checkbox"/>				
INDIQUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ		TIPO DE LESIÓN		
<input type="checkbox"/> ALMACENES O DEPÓSITOS	<input type="checkbox"/> FRACTURA	<input type="checkbox"/> QUEMADURA		
<input type="checkbox"/> AULA ESCOLAR	<input type="checkbox"/> LUXACIÓN	<input type="checkbox"/> ENVENENAMIENTO, INTOXICACIÓN AGUDA, ALERGIA		
<input type="checkbox"/> ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS	<input type="checkbox"/> TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR	<input type="checkbox"/> EFECTO DEL CLIMA, DEL TIEMPO O DEL AMBIENTE		
<input type="checkbox"/> CORREDORES O PASILLOS	<input type="checkbox"/> CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO	<input type="checkbox"/> ASFIXIA		
<input type="checkbox"/> ESCALERAS	<input type="checkbox"/> AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (PÉRDIDA OJO)	<input type="checkbox"/> EFECTO DE LA ELECTRICIDAD		
<input type="checkbox"/> ÁREA DE CIRCULACIÓN DE VEHÍCULOS (PARQUEO)	<input type="checkbox"/> HERIDA	<input type="checkbox"/> EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN		
<input type="checkbox"/> OFICINAS (SALA DE PROFESORES)	<input type="checkbox"/> TRAUMA SUPERFICIAL	<input type="checkbox"/> LESIONES MÚLTIPLES		
<input type="checkbox"/> OTRAS ÁREAS COMUNES	<input type="checkbox"/> GOLPE, CONTUSIÓN, APLASTAMIENTO	<input type="checkbox"/> OTRA: CUÁL? _____		
<input type="checkbox"/> OTRO: CUÁL? _____				
PORTE 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"/> SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO		
<input type="checkbox"/> ABDOMEN	<input type="checkbox"/> RADIACIONES	<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA		
<input type="checkbox"/> MIEMBROS SUPERIORES	<input type="checkbox"/> AMBIENTE DE TRABAJO (Superficies de tránsito y trabajo, muebles, tejados, puertas, ventanas en exterior, interior o subterráneos)	<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 NOCIDAS, RADIACIONES, RADIACIONES O SALPICADURAS		
<input type="checkbox"/> MIEMBROS INFERIORES	<input type="checkbox"/> AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS	<input type="checkbox"/> OTRO: CUÁL? _____		
<input type="checkbox"/> PIES	<input type="checkbox"/> OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS			
<input type="checkbox"/> UBICACIONES MÚLTIPLES	CUÁL?			
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:		PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE: SÍ: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>		
DESCRIBIR DE MANERA DETALLADA EL ACCIDENTE: LA DESCRIPCIÓN (RESPONDA A LAS PREGUNTAS: QUÉ, CÓMO, CUÁNDO? DÓNDE?)		APELLIDOS Y NOMBRES	IDENTIFICACIÓN C.C.: _____ C.E.: _____ N.U.: _____ T.I.: _____ P.A.: _____	NÚMERO _____
		CARGO		
		APELLIDOS Y NOMBRES	IDENTIFICACIÓN C.C.: _____ C.E.: _____ N.U.: _____ T.I.: _____ P.A.: _____	NÚMERO _____
		CARGO		
RESPONSABLE DEL INFORME (JEFE INMEDIATO O DELGADO):				
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD NÚMERO C.C. _____ C.E. _____				
FIRMA				