



U.T. RED INTEGRADA
FOSCAL - CUB

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



NOMBRE SED	SEM	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	TELEFONO
FAX	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO.	MUNICIPIO VALLEDUPAR	ZONA
	maiferomua1@hotmail.com	Cesar	Valledupar	U X
CENTRO EDUCATIVO DONDE LABORA EL DOCENTE				

NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCATIVA	IE Dodohtto Castro Castro.			
TELÉFONO	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA
	eusegimonto murungole.	Cesar	Valledupar	U R

INFORMACIÓN DEL DOCENTE ACCIDENTADO				
TIPO DE VINCULACIÓN	PLANTA	PROVISIONAL		
		X		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
Restrepo	builes	Janeth	Dionor	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO	FECHA DE NACIMIENTO(DIA,MES,AÑO)	SEXO	
C.C. X	49.732.498	16/03/1961	MASCULINO __ FEMENINO X	
DIRECCIÓN:	TELÉFONO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
en 190 12 09 Gumpul II	300 819 6774	Cesar	Valledupar	
CARGO: DOCENTE X ORIENTADOR (A) __	FECHA DE INGRESO SED(DIA,MES,AÑO)	SALARIO	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	
D.D. RECTOR (A) __ COORDINADOR (A) __	16/02/2016	2.100.000	MAÑANA X 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		
03/05/2018.	08:20'	LUN __ MAR __ MC __ JU X VI __ SAB __ DOM __		
JORNADA EN QUE SUCEDE	ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?	CUAL (Diligenciar solo en caso negativo)		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE
NORMAL X EXTRA __	SI X NO __			02:20'
TIPO DE ACCIDENTE: PROPIO DEL TRABAJO __ TRÁNSITO __	CAUSÓ LA MUERTE	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE CESAR	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE	ZONA ACCIDENTE
VIOLENCIA __ DEPORTIVO __ RECREATIVO __	SI __ NO X	Cesar	Valledupar - murungole	U R X

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE DE TRABAJO : DENTRO DEL COLEGIO X FUERA DEL COLEGIO

INDIQUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ	TIPO DE LESIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> GLOPE, CONTUSIÓN, APLASTAMIENTO
<input checked="" type="checkbox"/> AULA ESCOLAR	<input type="checkbox"/> FRACTURA	<input type="checkbox"/> QUEMADURA
<input type="checkbox"/> AREAS RECREATIVAS	<input type="checkbox"/> LUXACIÓN	<input type="checkbox"/> ENVENENAMIENTO, INTOXICACIÓN AGUDA, ALERGIA
<input type="checkbox"/> CORREDORES O PASILLOS	<input type="checkbox"/> TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR	<input type="checkbox"/> EFECTO DEL CLIMA, DEL TIEMPO O DEL AMBIENTE
<input type="checkbox"/> ESCALERAS	HERNIA O LACERACIÓN, MÚSCULO, TENDÓN SIN HERIDA	<input type="checkbox"/> ASFIXIA
<input type="checkbox"/> AREA DE CIRCULACIÓN DE VEHICULOS(PARQUEO)	<input type="checkbox"/> CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO	<input type="checkbox"/> EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
<input type="checkbox"/> OFICINAS (SALA DE PROFESORES)	<input type="checkbox"/> AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (PÉRDIDA OJO)	<input type="checkbox"/> EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
<input type="checkbox"/> AREAS COMUNES	<input type="checkbox"/> HERIDA	<input type="checkbox"/> LESIONES MÚLTIPLES
<input type="checkbox"/> CIRROS	<input type="checkbox"/> TRAUMA SUPERFICIAL	<input type="checkbox"/> OTRO?
CUAL?		CUAL?

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA	AGENTE CON EL QUE SE LESIONO EL DOCENTE	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 checked="" type="checkbox"/> CAÍDA DE PERSONAS
<input type="checkbox"/> CUELLO	<input type="checkbox"/> HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS, UTENSILIOS	<input type="checkbox"/> PISADAS, CHOQUES O GOLPES
<input type="checkbox"/> TRONCO (ESPALDA, COLUMNA, PELVIS)	<input type="checkbox"/> MATERIALES O SUSTANCIAS	<input type="checkbox"/> ATRAPAMIENTOS
<input type="checkbox"/> TORAX	<input checked="" type="checkbox"/> AMBIENTE DE TRABAJO (SUPERFICIES DE TRANSITO, MUEBLES, TEJADOS, PUERTAS, VENTANAS)	<input type="checkbox"/> SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
<input type="checkbox"/> ABDOMEN	<input type="checkbox"/> OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS	<input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA
<input type="checkbox"/> MIEMBROS SUPERIORES	<input type="checkbox"/> APARATOS	<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 NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
<input type="checkbox"/> MIEMBROS INFERIORES	<input type="checkbox"/> AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS	<input type="checkbox"/> OTRO:
<input type="checkbox"/> PIES		
<input checked="" type="checkbox"/> MÚLTIPLES		

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE	PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE		
DESCRIBIR DE MANERA DETALLADA EL ACCIDENTE: LA DESCRIPCIÓN (RESPONDA A LAS PREGUNTAS: QUÉ, CÓMO, CUÁNDO? DÓNDE?) Me dispongo a llamar lista de los estudiantes de 11 ^o 01 al señore en la silla esta se partio cayendo trunco al piso golpeandome en varias partes del cuerpo.	APELLIDOS Y NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
		C.C. C.E.	
	CARGO		
	APELLIDOS Y NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
		C.C. C.E.	
	CARGO:		
	RESPONSABLE DEL INFORME	Bisely Jentes R	
	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	Muyo 15/2018. 49.732.062	