

gob mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Aviso de accidentes de trabajo

Homoclave del formato
STPS-09-001-A

Fecha de publicación en el DOF		
14	12	2015

Este documento deberá llenarse por duplicado y entregarse dentro de las 72 horas después de ocurrido el accidente de la Dirección General de Investigación y Estadísticas del Trabajo, ubicada en Paseo de la Reforma No. 93, Piso 10, Col. Tabacalera, CP 06030, México D.F., o en el interior de la República Mexicana, en la Delegación, Subdelegación u Oficina Federal del Trabajo más cercana. De no ser así, se aplicarán las sanciones correspondientes de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

RFC bajo el cual está registrada la empresa ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

Nombre completo sin abreviaturas (persona física o moral) bajo el cual se encuentra registrada la empresa ante la SHCP.

I. Identificación de la empresa

Registro Federal de Contribuyentes (RFC)		Nombre, denominación o razón social	
Código postal	Calle	Nº. exterior	Nº. interior
Colonia	Apartado para el domicilio completo de la Empresa (código postal, calle, número exterior e interior, colonia, municipio o delegación y entidad federativa).		Entidad Federativa
Nº. de trabajadores de la empresa	Giro o actividad	Registro patronal del IMSS	
Teléfono (con clave lada)	Consultar el catálogo SCIAN disponible en los catálogos del SIAAT, describiendo la(s) actividad(es) que realiza el establecimiento.	Correo electrónico	

Número telefónico con clave lada para contacto.

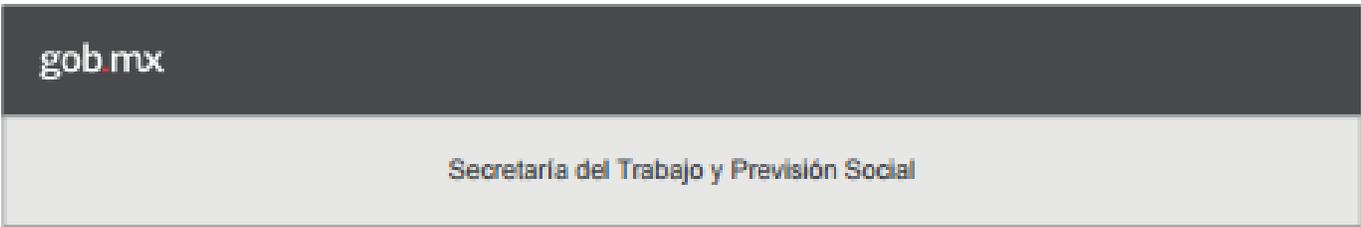
Registro ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Datos del centro de trabajo

Nombre del centro de trabajo (sucursal, unidad, planta, etc)		Nº de trabajadores en el centro de trabajo	
Código postal	Calle	Nº. exterior	Nº. interior
Apartado para el domicilio del Centro de Trabajo (código postal, calle y número(s)).			

Nombre completo del Centro de Trabajo sin abreviaturas.

De conformidad con los artículos 4 y 89-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)



Colonia	Municipio o delegación	Entidad Federativa
Colonia, municipio o delegación, entidad y datos de contacto del Centro de Trabajo.		
Registro patronal del IMSS	Teléfono (con clave lada)	Correo electrónico
Registro ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.		

II. Datos generales del accidentado

RFC	CURP
RFC con homoclave bajo el cual está registrado el trabajador accidentado en la SHCP.	
Clave única de registro de población del trabajador accidentado.	

Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido
Datos del trabajador accidentado: nombre(s), domicilio completo, género, años cumplidos, teléfono y estado civil.		
Código postal	N.º exterior	N.º interior

Colonia	Municipio o delegación	Entidad Federativa
Sexo	Edad	Teléfono (con clave lada)
<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer		

Situación conyugal

Casado Soltero Divorciado Viudo Unión libre Sociedad de convivencia No especificado

Nivel máximo de estudios	Número de personas que dependen económicamente del trabajador
Grado de escolaridad alcanzada del trabajador.	
Antigüedad en el puesto (años, meses)	Antigüedad en la empresa (años, meses)

Número de años y/o meses que el trabajador tiene en el puesto que desempeña y antigüedad dentro de la empresa.

Ocupación o puesto habitual del accidentado

Consultar el **catálogo Ocupación disponible en los catálogos del SIAAT**, para describir la(s) actividad(es) que desempeña el trabajador dentro de la empresa.

Ocupación o puesto que desempeñaba durante el accidente

Consultar el **catálogo Ocupación disponible en los catálogos del SIAAT**, para describir la(s) actividad(es) que desempeñaba el trabajador en la empresa durante el accidente.

gob.mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Sitio, área o departamento en que ocurrió el accidente

Clase de trabajador

Planta
 Eventual
 Confianza
 Honorarios
 Subcontrato
 No especificado

Institución de seguridad social a la que está afiliado

IMSS
 ISSSTE
 PEMEX
 Seguros estatales y/o municipales
 Seguro Privado
 Ninguno

Datos de contratación del trabajador accidentado (clase de trabajador, afiliación en la Institución social y salario diario).

← Número de afiliación
Salario diario (pesos) →

III. Lugar y tiempo del accidente

Entidad Federativa
Municipio o delegación

Apartado para especificar la ubicación física, lugar, circunstancias y tiempo en que ocurrió el accidente.

Lugar del accidente

Lugar habitual del trabajo
 Otro lugar dentro del centro de trabajo
 En otro centro de trabajo
 Otro

En viaje o traslado por motivo de trabajo
 En trayecto del domicilio al trabajo
 En trayecto del trabajo al domicilio
 No especificado

Fecha en que ocurrió el accidente

DD		MM		AAAA
----	--	----	--	------

Hora exacta en que ocurrió el accidente (hh:mm)

Turno durante el cual ocurrió el accidente

Diurno Nocturno Mixto No especificado

Horas continuas de trabajo antes del accidente

Lugar donde recibió atención médica el accidentado (especifique el nombre de la clínica, hospital u otro)

← Especificar el nombre de la clínica u hospital donde recibió atención médica.

Testigos del accidente (especifique nombres, apellidos y domicilio completo)

1. _____

2. _____

Especificar el(los) nombre(s), apellidos y domicilio(s) completo(s) de la(s) persona(s) que presenciaron el accidente de trabajo.

gob mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

IV. Características del accidente

Tipo de riesgo

- Accidente de trabajo Accidente de trayecto Enfermedad de trabajo

Causa del accidente

Consultar el **catálogo Causa** disponible en los **catálogos del SIAAT**.

Acto inseguro

Consultar el **catálogo de Acto Inseguro** disponible en los **catálogos del SIAAT**.

Condiciones inseguras

Consultar el **catálogo de Condiciones Inseguras** disponible en los **catálogos del SIAAT**.

Factor personal de inseguridad

- Actitud Inapropiada Falta de conocimientos Defectos orgánicos o psíquicos Ninguno No especificado

Estado en el que se encontraba el accidentado

- Normal Enfermo Ebrio Drogado Cansado No especificado

Equipo de protección que usaba el trabajador al momento del accidente

- Completo Parcial No llevaba No especificado

Describe la forma en que ocurrió el accidente

Exponer de forma breve como acontecieron los hechos durante el accidente.

V. Daño del accidente

Tipo de incapacidad o consecuencia

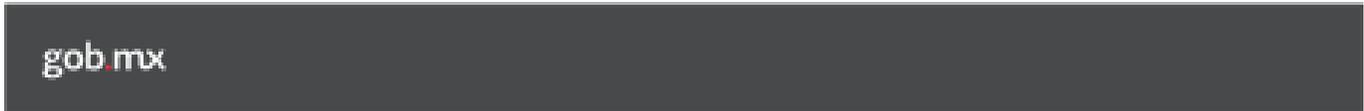
- Temporal Parcial permanente Total permanente Muerte Sin Incapacidad No especificado

Importe de daños materiales en el centro de trabajo (pesos)

Mencionar la cantidad estimada en pesos, de los daños materiales causados por el accidente.

Naturaleza de la lesión

Consultar el **catálogo Naturaleza** disponible en los **catálogos del SIAAT**.



Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Días de incapacidad a consecuencia del accidente	Importe estimado de la curación (pesos)
	← Costo de la curación en pesos.

Importe de salarios percibidos por el accidentado durante los días que dejó de trabajar (pesos)
← Importe en pesos del número total de salarios que recibió el trabajador durante la incapacidad.
<small>Aplica en el caso de incapacidad: parcial permanente, total permanente o muerte</small>

Indemnización pagada por	Importe de indemnización (pesos)
<input type="radio"/> La empresa <input type="radio"/> El seguro <input type="radio"/> No especificado	← En caso de haber sido indemnizado reportar el Importe en pesos.

Beneficiarios de la indemnización (en caso de muerte del trabajador, especifique nombres, apellidos y domicilios)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

← Especificar nombre(s), apellidos y domicilio(s) completo(s) de la(s) persona(s) beneficiaria(s) por parte del trabajador.

Importe de los servicios funerarios (pesos)
← En caso de muerte del trabajador reportar el Importe en pesos de los gastos del funeral.

Datos del responsable del aviso

Especificar los datos de la persona responsable que da el aviso por parte de la empresa sobre el accidente de trabajo.	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido
	Cargo o puesto		

Fecha de elaboración		
DD	/	MM / AAAA
Firma		