

Instructivo para el llenado del formato de "Datos complementarios al aviso de accidentes de trabajo"

gob.mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Datos complementarios al 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 a la Dirección General de Investigación y Estadísticas del Trabajo, ubicada en Paseo de la Federación s/n, Colonia Cuauhtémoc, México D.F., o en el interior de la República Mexicana, en la Delegación, Subdelegación u Oficina Federal de Trabajo (persona física o moral) registrado ante la SHCP.

I. Identificación de la empresa

Nombre, denominación o razón social **RFC de la empresa registrado en SHCP** Nombre del centro de trabajo (sucursal, unidad, planta, etc.)

Registro Federal de Contribuyentes (RFC)

Registro patronal del IMSS **Registro ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.**

Teléfono (con clavelada)

Apartados para el contacto con la empresa.

Correo electrónico

Clave única de registro de población del trabajador accidentado.

II. Datos generales del accidentado

RFC

CURP

RFC con homoclave del trabajador accidentado registrado ante la SHCP.

Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

III. Lugar y tiempo del accidente

Fecha en que ocurrió el accidente

Fecha en que se reportó el accidente

DD | MM | AAAA

DD | MM | AAAA

V. Daño del accidente

Tipo de incapacidad o consecuencia

- Temporal
 Parcial permanente
 Total permanente
 Muerte
 Sin incapacidad
 No especificado
 Accidente no considerado de trabajo por el IMSS
 Accidente no considerado de trayecto por el IMSS

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

En caso de daños materiales derivados del accidente reportar el Importe en pesos.

Naturaleza de la lesión

Consultar el catálogo Naturaleza disponible en los catálogos del SIAAT.

De conformidad con los artículos 4 y 69-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)

Instructivo para el llenado del formato de "Datos complementarios al aviso de accidentes de trabajo"

gob.mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Días de incapacidad a consecuencia del accidente

← Número de días que se le dieron al trabajador accidentado, por incapacidad.

Importe estimado de la curación (pesos)

← Los importes deben expresarse en pesos.

Importe de salarios recibidos por el accidentado durante los días que dejó de trabajar (pesos)

Aplica en el caso de incapacidad: parcial permanente, total permanente o muerte

Indemnización pagada por	Importe de indemnización (pesos)
<input type="radio"/> La empresa <input type="radio"/> El seguro <input type="radio"/> No especificado	

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

1. ← Especificar el(los) nombre(s), apellidos y domicilio(s) completo(s) de la(s) persona(s) beneficiarias del trabajador en caso de fallecimiento.

2.

Importe de los servicios funerarios (pesos)

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

Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido

← Especificar los datos de la persona responsable que da el aviso por parte de la empresa sobre el accidente de trabajo. →

Cargo o puesto

Fecha de elaboración

DD | MM | AAAA

Firma

Contacto: