

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 Boulevard Adolfo López Mateos No. 1968, Piso 2, Col. Los Alpes, C.P. 01010, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México, o en el interior de la República Mexicana, en la Delegación, Subdelegación u Oficina Federal del Trabajo más cercana.

I. Identificación de la empresa

Nombre, denominación o razón social		Nombre del centro de trabajo (sucursal, unidad, planta, etc.)
Registro Federal de Contribuyentes (RFC)		Registro patronal del IMSS
Teléfono (con clave lada)	Extensión	Correo electrónico

II. Datos generales del accidentado

RFC		CURP	
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					
<input type="radio"/> Temporal	<input type="radio"/> Parcial permanente	<input type="radio"/> Total permanente	<input type="radio"/> Muerte	<input type="radio"/> Sin incapacidad	<input type="radio"/> No especificado
<input type="radio"/> Accidente no considerado de trabajo por el IMSS			<input type="radio"/> Accidente no considerado de trayecto por el IMSS		
Importe de daños materiales en el centro de trabajo (pesos)					
Naturaleza de la lesión					

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)

Contacto:

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Días de incapacidad a consecuencia del accidente

Importe estimado de la curación (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

La empresa
 El seguro
 No especificado

Importe de indemnización (pesos)

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

1.

2.

Importe de los servicios funerarios (pesos)

Datos del responsable del aviso

Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

Cargo o puesto

Fecha de elaboración

DD | MM | AAAA

Firma

Contacto: