

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

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)

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:**

Boulevard Adolfo López Mateos No.1968, Piso 2,  
Col. Los Alpes, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P.  
01010, CDMX.  
Horario de atención: 9:00 a 15:00 hrs  
Tel. (55) 2000-5300 Ext. 63245  
siaat@stps.gob.mx