

Instructivo para el llenado del formato de "Aviso de accidentes de trabajo"

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).

I. Identificación de la empresa

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

Registro Federal de Contribuyentes (RFC)		Nombre, denominación o razón social	
Código postal	Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	Municipio o delegación		Entidad Federativa
No. de trabajadores de la empresa	Giro o actividad	Registro patronal del IMSS	
Teléfono (con clave lada)	Correo electrónico		
Datos del centro de trabajo			

Apartado para el domicilio completo de la Empresa (código postal, calle, número exterior e interior, colonia, municipio o delegación y entidad federativa).

Consultar el **catálogo SCIAN** disponible en los **catálogos del SIAAT**, describiendo la(s) actividad(es) que realiza el establecimiento.

Registro ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Número telefónico con clave lada para contacto.

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 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)

Trabajo
Secretaría del Trabajo
y Previsión Social

México
Presidencia de la República

CONAMER
COMISIÓN NACIONAL DE MEJORA REGULATORIA

Contacto:

Boulevard Adolfo López Mateos 1968, Piso 2,
Colonia Los Alpes, Alcaldía Álvaro Obregón CP
01010 CDMX Horario de atención:
9:00 a 15:00 hrs
Tel. (55) 2000-5300 Ext. 63245
siaat@stps.gob.mx

Instructivo para el llenado del formato de "Aviso de accidentes de trabajo"

gob.mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

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

II. Datos generales del accidentado

RFC		CURP	
Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	
Código postal	Municipio o delegación		Entidad Federativa
Sexo	Edad	Teléfono (con clave lada)	
Situación conyugal			
<input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Sociedad de convivencia <input type="radio"/> No especificado			
Nivel máximo de estudios		Número de personas que dependen económicamente 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 que desempeñaba durante el accidente			

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

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.

Instructivo para el llenado del formato de "Aviso de accidentes de trabajo"

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

Número de afiliación Salario diario (pesos)

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

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

DD | MM | AAAA

Turno durante el cual ocurrió el accidente Horas continuas de trabajo antes del accidente

Diurno Nocturno Mixto No especificado

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 nombre, 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.

Instructivo para el llenado del formato de "Aviso de accidentes de trabajo"

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

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	Hora exacta en que ocurrió el accidente (hh:mm)
DD MM AAAA	
Turno durante el cual ocurrió el accidente	Horas continuas de trabajo antes del accidente
<input type="radio"/> Diurno <input type="radio"/> Nocturno <input type="radio"/> Mixto <input type="radio"/> No especificado	

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 nombre, 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. →

Instructivo para el llenado del formato de "Aviso de accidentes de trabajo"

gob.mx

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 recibidos 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. Aplica en el caso de incapacidad: parcial 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	← 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. _____	← Especificar nombre(s), apellidos y domicilio(s) completo(s) de la(s) persona(s) beneficiaria(s) por parte del trabajador.
2. _____	
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

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		