

# 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)

**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 "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:**