

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.

I. Identificación de la empresa

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

Nombre del centro de trabajo (sucursal, unidad, planta, etc.)		No. de trabajadores en el centro de trabajo	
Código postal	Calle	No. exterior	No. interior

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:

Paseo de la Reforma No 93, Piso 10
Col. Tabacalera, Del. Cuauhtémoc,
Distrito Federal, CP. 06030
Tel. (55) 2000-5300 Ext. 63245
siaat@stps.gob.mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Colonia	Municipio o delegación	Entidad Federativa
		▼
Registro patronal del IMSS	Teléfono (con clave lada)	Correo electrónico

II. Datos generales del accidentado

RFC		CURP	
Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	
Código postal	Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	Municipio o delegación	Entidad Federativa	
		▼	
Sexo	Edad	Teléfono (con clave lada)	
<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer			
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)	
Ocupación o puesto habitual del accidentado			
▼			
Ocupación o puesto que desempeñaba durante el accidente			
▼			

Contacto:

Paseo de la Reforma No 93, Piso 10
Col. Tabacalera, Del. Cuauhtémoc,
Distrito Federal, CP. 06030
Tel. (55) 2000-5300 Ext. 63245
siaat@stps.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)

III. Lugar y tiempo del accidente

Entidad Federativa

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

Diurno
 Nocturno
 Mixto
 No especificado

Lugar donde recibió atención médica el accidentado (especifique el nombre de la clínica, hospital u otro)

Testigos del accidente (especifique nombre, apellidos y domicilio completo)

1. _____
2. _____

IV. Características del accidente

Tipo de riesgo					
<input type="radio"/> Accidente de trabajo	<input type="radio"/> Accidente de trayecto	<input type="radio"/> Enfermedad de trabajo			
Causa del accidente					
<input type="text"/>					
Acto inseguro					
<input type="text"/>					
Condiciones inseguras					
<input type="text"/>					
Factor personal de inseguridad					
<input type="radio"/> Actitud Inapropiada	<input type="radio"/> Falta de conocimientos	<input type="radio"/> Defectos orgánicos o psíquicos	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> No especificado	
Estado en el que se encontraba el accidentado					
<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Enfermo	<input type="radio"/> Ebrio	<input type="radio"/> Drogado	<input type="radio"/> Cansado	<input type="radio"/> No especificado
Equipo de protección que usaba el trabajador al momento del accidente					
<input type="radio"/> Completo	<input type="radio"/> Parcial	<input type="radio"/> No llevaba	<input type="radio"/> No especificado		
Describa la forma en que ocurrió el accidente					
<input type="text"/>					

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
Importe de daños materiales en el centro de trabajo (pesos)					
<input type="text"/>					
Naturaleza de la lesión					
<input type="text"/>					

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	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. _____	
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		