

Aviso de accidentes de trabajo
para trabajadores y familiares

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, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01010, Ciudad de México, o en el interior de la República Mexicana, en la Delegación, Subdelegación u Oficina Federal del Trabajo más cercana.

I. Datos generales del accidentado

RFC		CURP	
Nombre(s)		Primer apellido	Segundo apellido
Sexo		Edad	Teléfono (con clave lada)
<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer			
Código postal	Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	Municipio o Alcaldía	Entidad Federativa	
Nivel máximo de estudios		Número de personas que dependen económicamente del trabajador	
Puesto u ocupación a que se dedica el trabajador		Salario diario (pesos)	
Institución de seguridad social a la que esta afiliado			
<input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> Seguros estatales y/o municipales <input type="radio"/> Seguro Privado <input type="radio"/> Ninguno			

II. Identificación de la empresa

Datos de la empresa y/o del centro de trabajo (donde ocurrió el accidente)

Nombre, razón social o denominación legal de la empresa

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:

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

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Nombre del centro de trabajo		Giro o actividad	
Código postal	Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	Municipio o Alcaldía	Entidad Federativa	
Teléfono (con clave lada)	Extensión	Correo electrónico	

III. Lugar y tiempo del accidente

Entidad Federativa	Municipio o Alcaldía
Lugar del accidente	
<input type="radio"/> Lugar habitual del trabajo <input type="radio"/> Otro lugar dentro del centro de trabajo <input type="radio"/> En otro centro de trabajo <input type="radio"/> En comisión <input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> En viaje o traslado por motivo de trabajo <input type="radio"/> En trayecto del domicilio al trabajo <input type="radio"/> En trayecto del trabajo al domicilio <input type="radio"/> 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)	

IV. Daño del accidente

Describe la forma en que ocurrió el accidente
Parte del cuerpo lesionada (Ejemplo: cabeza, columna vertebral, mano, pierna, brazo)

Contacto:

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Describe la lesión (Ejemplo: Fractura, luxación, esguince, herida, traumatismo, contusión. etc.)		Días que dejó de trabajar a causa del accidente	
¿Recibió sueldo durante los días que dejó de trabajar?		¿Falleció el trabajador?	
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
¿El trabajador tuvo que ser hospitalizado?		¿Ha tenido conocimiento de la ocurrencia de más accidentes en el centro de trabajo?	
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Testigos del accidente (especifique nombre, apellidos y domicilio completo)			
1. _____			
2. _____			
Aplica en el caso de incapacidad: parcial permanente, total permanente o muerte			

Testigos del accidente (especifique nombre, apellidos y domicilio completo)			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
Datos de la persona que da aviso			

Relación con el accidentado					
<input type="radio"/> Mismo Trabajador	<input type="radio"/> Cónyuge	<input type="radio"/> Hijo (a)	<input type="radio"/> Madre o Padre	<input type="radio"/> Hermano (a)	<input type="radio"/> Otro
Nombre(s) y Apellidos			Firma		
Fecha de elaboración					
DD	MM	AAAA			