

Aviso de Accidentes de Trabajo

Este documento deberá llenarse por duplicado y entregarse dentro de las 72 horas después de ocurrido el accidente a la Dirección General de Investigación y Estadísticas del Trabajo, ubicada en Paseo de la Reforma No. 93, Piso 10, Col. Tabacalera, C.P. 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

1. NOMBRE, RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN LEGAL		2. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (RFC)	
3. DOMICILIO (calle, avenida, calzada, cerrada, etc.)		4. NO. EXTERIOR	5. NO. INTERIOR
6. COLONIA	7. CÓDIGO POSTAL	8. MUNICIPIO O DELEGACIÓN	
9. ENTIDAD FEDERATIVA		10. TELÉFONO	
11. GIRO O ACTIVIDAD		12. NO. DE TRABAJADORES EN LA EMPRESA	
13. REGISTRO PATRONAL IMSS		14. CORREO ELECTRÓNICO	
DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO (Solo en caso de que el accidente haya ocurrido en uno diferente a la Empresa)			
15. NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO (sucursal, unidad, planta, etc.)		16. NO. DE TRABAJADORES EN EL CENTRO DE TRABAJO	
17. DOMICILIO (calle, avenida, calzada, cerrada, etc.)		18. NO. EXTERIOR	19. NO. INTERIOR
20. COLONIA	21. CÓDIGO POSTAL	22. MUNICIPIO O DELEGACIÓN	
23. ENTIDAD FEDERATIVA		24. TELÉFONO	
25. REGISTRO PATRONAL IMSS		26. CORREO ELECTRÓNICO	

II. DATOS GENERALES DEL ACCIDENTADO

27. NOMBRE(S) Y APELLIDOS		28. RFC	29. CURP
30. DOMICILIO (calle, avenida, calzada, cerrada, etc.)		31. NO. EXTERIOR	32. NO. INTERIOR
33. COLONIA	34. CÓDIGO POSTAL	35. MUNICIPIO O DELEGACIÓN	
36. ENTIDAD FEDERATIVA		37. TELÉFONO	
38. SITUACIÓN CONYUGAL CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> SOCIEDAD DE CONVIVENCIA <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICADO <input type="checkbox"/>			
39. SEXO HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>		40. EDAD (años cumplidos)	
41. NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS		42. NÚMERO DE PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR	
43. ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO (años, meses)		44. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA (años, meses)	
45. OCUPACIÓN O PUESTO HABITUAL DEL ACCIDENTADO (campo con texto predictivo, catálogo SINCO)			
46. OCUPACIÓN O PUESTO QUE DESEMPEÑABA DURANTE EL ACCIDENTE (campo con texto predictivo, catálogo SINCO)			
47. SITIO, ÁREA O DEPARTAMENTO EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE			
48. CLASE DE TRABAJADOR PLANTA <input type="checkbox"/> EVENTUAL <input type="checkbox"/> CONFIANZA <input type="checkbox"/> HONORARIOS <input type="checkbox"/> SUBCONTRATADO <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICADO <input type="checkbox"/>			
49. SALARIO DIARIO (pesos)	50. INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL A LA QUE ESTÁ AFILIADO IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEGUROS ESTATALES Y/O MUNICIPALES <input type="checkbox"/> SEGURO PRIVADO <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/>		
51. NÚMERO DE AFILIACIÓN			

III. LUGAR Y TIEMPO DEL ACCIDENTE

52. ENTIDAD FEDERATIVA		53. MUNICIPIO O DELEGACIÓN	
54. LUGAR DEL ACCIDENTE LUGAR HABITUAL DE TRABAJO <input type="checkbox"/> OTRO LUGAR DENTRO DEL CENTRO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> EN OTRO CENTRO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> EN VIAJE O TRASLADO POR MOTIVO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> EN TRAYECTO DEL DOMICILIO AL TRABAJO <input type="checkbox"/> EN TRAYECTO DEL TRABAJO AL DOMICILIO <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICADO <input type="checkbox"/>			
55. FECHA EN LA QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (dd,mm,aaaa)		56. HORA EXACTA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	

57. TURNO DURANTE EL CUAL OCURRIÓ EL ACCIDENTE				58. HORAS CONTINUAS DE TRABAJO ANTES DEL ACCIDENTE	
DIURNO	<input type="checkbox"/>	NOCTURNO	<input type="checkbox"/>	MIXTO	<input type="checkbox"/>
				NO ESPECIFICADO	<input type="checkbox"/>
59. LUGAR DONDE RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA EL ACCIDENTADO (especifique el nombre de la clínica, hospital u otro)					
60. TESTIGOS DEL ACCIDENTE (especifique nombre, apellidos y domicilio completo)					
1 _____					
2 _____					

IV. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE

61. TIPO DE RIESGO		
ACCIDENTE DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	ACCIDENTE EN TRAYECTO <input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		
62. CAUSA DEL ACCIDENTE		
63. ACTO INSEGURO		
64. CONDICIONES INSEGURAS		
65. FACTOR PERSONAL DE INSEGURIDAD		
ACTITUD INAPROPIADA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE CONOCIMIENTOS <input type="checkbox"/>
DEFECTOS ORGÁNICOS O PSÍQUICOS	<input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
NO ESPECIFICADO <input type="checkbox"/>		
66. ESTADO EN EL QUE SE ENCONTRABA EL ACCIDENTADO		
NORMAL	<input type="checkbox"/>	ENFERMO <input type="checkbox"/>
EBRIO	<input type="checkbox"/>	DROGADO <input type="checkbox"/>
CANSADO <input type="checkbox"/>		NO ESPECIFICADO <input type="checkbox"/>
67. EQUIPO DE PROTECCIÓN QUE USABA EL TRABAJADOR AL MOMENTO DEL ACCIDENTE		
COMPLETO	<input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>
NO LLEVABA <input type="checkbox"/>		NO ESPECIFICADO <input type="checkbox"/>
68. DESCRIBA LA FORMA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		

V. DAÑO DEL ACCIDENTE

69. TIPO DE INCAPACIDAD O CONSECUENCIA					
TEMPORAL	<input type="checkbox"/>	PARCIAL PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	TOTAL PERMANENTE	<input type="checkbox"/>
MUERTE <input type="checkbox"/>		SIN INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>	NO ESPECIFICADO <input type="checkbox"/>	
70. IMPORTE DE DAÑOS MATERIALES EN EL CENTRO DE TRABAJO (pesos)					
71. NATURALEZA DE LA LESIÓN					
72. DÍAS DE INCAPACIDAD A CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE					
73. IMPORTE ESTIMADO DE LA CURACIÓN (pesos)					
74. IMPORTE DE SALARIOS PERCIBIDOS POR EL ACCIDENTADO DURANTE LOS DÍAS QUE DEJÓ DE TRABAJAR (pesos)					
Aplica en el caso de incapacidad: parcial permanente, total permanente o muerte					
75. INDEMNIZACIÓN PAGADA POR				76. IMPORTE DE INDEMNIZACIÓN (pesos)	
<input type="checkbox"/>	LA EMPRESA	<input type="checkbox"/>	EL SEGURO	<input type="checkbox"/>	NO ESPECIFICADO
77. BENEFICIARIOS DE LA INDEMNIZACIÓN (Solo en caso de muerte del trabajador, especifique nombres, apellidos y domicilios)					
1 _____					
2 _____					
3 _____					
4 _____					
78. IMPORTE DE LOS SERVICIOS FUNERARIOS (pesos)					

Datos del responsable del aviso	
79. NOMBRE(S) Y APELLIDOS	_____ FIRMA
80. CARGO O PUESTO	
81. FECHA DE ELABORACIÓN (dd,mm,aaaa)	

Datos Adicionales al Aviso de Accidentes de Trabajo

Este documento deberá llenarse por duplicado y entregarse dentro de las 72 horas después de ocurrido el accidente a la Dirección General de Investigación y Estadísticas del Trabajo, ubicada en Paseo de la Reforma No. 93, Piso 10, Col. Tabacalera, C.P. 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 O CENTRO DE TRABAJO

1. NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO (sucursal, unidad, planta, etc.)		
2. ENTIDAD FEDERATIVA		3. REGISTRO PATRONAL IMSS

II. DATOS GENERALES DEL ACCIDENTADO

4. NOMBRE(S) Y APELLIDOS	5. RFC	6. CURP
--------------------------	--------	---------

III. LUGAR Y TIEMPO DEL ACCIDENTE

7. FECHA EN LA QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (dd,mm,aaaa)	8. FECHA EN QUE SE REPORTA EL ACCIDENTE (dd,mm,aaaa)
--	--

IV. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE

9. TIPO DE RIESGO		
ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE EN TRAYECTO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE TRABAJO <input type="checkbox"/>
10. CAUSA DEL ACCIDENTE		

V. DAÑO DEL ACCIDENTE

11. TIPO DE INCAPACIDAD O CONSECUENCIA					
TEMPORAL <input type="checkbox"/>	PARCIAL PERMANENTE <input type="checkbox"/>	TOTAL PERMANENTE <input type="checkbox"/>	MUERTE <input type="checkbox"/>	SIN INCAPACIDAD <input type="checkbox"/>	NO ESPECIFICADO <input type="checkbox"/>
12. IMPORTE DE DAÑOS MATERIALES EN EL CENTRO DE TRABAJO (pesos)					
13. NATURALEZA DE LA LESIÓN					
14. DÍAS DE INCAPACIDAD A CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE					
15. IMPORTE ESTIMADO DE LA CURACIÓN (pesos)					
16. IMPORTE DE SALARIOS PERCIBIDOS POR EL ACCIDENTADO DURANTE LOS DÍAS QUE DEJÓ DE TRABAJAR (pesos)					
Aplica en el caso de incapacidad: parcial permanente, total permanente o muerte					
17. INDEMNIZACIÓN PAGADA POR			18. IMPORTE DE INDEMNIZACIÓN (pesos)		
<input type="checkbox"/> LA EMPRESA	<input type="checkbox"/> EL SEGURO	<input type="checkbox"/> NO ESPECIFICADO			
19. BENEFICIARIOS DE LA INDEMNIZACIÓN (Solo en caso de muerte del trabajador, especifique nombres, apellidos y domicilios)					
1					
2					
3					
4					
20. IMPORTE DE LOS SERVICIOS FUNERARIOS (pesos)					

Datos del responsable del aviso

21. NOMBRE(S) Y APELLIDOS	_____ FIRMA
22. CARGO O PUESTO	
23. FECHA DE ELABORACIÓN (dd,mm,aaaa)	