



Instructivo para el llenado del Formato de Aviso de Accidentes de Trabajo

gob mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Formato de aviso de accidentes de trabajo

Homoclave del formato
STPS-001-A

Fecha de publicación en el DOF

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)

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

I. Identificación de la empresa

Registro Federal de Contribuyentes (RFC)		Nombre, denominación o razón social	
Código postal	Apartado para el domicilio completo de la Empresa (código postal, calle, número exterior e interior, colonia, municipio o delegación y entidad federativa)	Nº. exterior	Nº. interior
Colonia		Entidad Federativa	
Nº. de trabajadores de la empresa	Giro o actividad	Registro patronal del IMSS	
Teléfono (con clave lada)	Consulta del catálogo SCIAN , describiendo la(s) actividad(es) que realiza el establecimiento	Correo electrónico	
Número telefónico con clave lada para contacto		Registro ante el Instituto Mexicano del Seguro Social	

Datos del centro de trabajo

Nombre del centro de trabajo (sucursal, unidad, planta, etc)		Nº de trabajadores en el centro de trabajo	
Nombre completo del Centro de Trabajo sin abreviaturas			
Código postal	Apartado para el domicilio del Centro de Trabajo (código postal, calle, número exterior e interior)	Nº. exterior	Nº. interior
Calle			



Instructivo para el llenado del Formato de Aviso de Accidentes de Trabajo

gob.mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Colonia	Municipio o delegación	Entidad Federativa	
<p>Apartado para la colonia, municipio o delegación, entidad federativa, teléfono y e-correo del Centro de Trabajo</p>			
Registro patronal del IMSS		Correo electrónico	
<p>Registro ante el Instituto Mexicano del Seguro Social</p>			
II. Datos generales del accidentado			
RFC	CURP		Clave única de registro de población del trabajador accidentado
<p>RFC con homoclave bajo el cual está registrado el trabajador accidentado en la SHCP</p>			
Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	
Código postal	Calle	Nº. exterior	Nº. interior
<p>Datos del trabajador accidentado: nombre y domicilio completos, género, años cumplidos, teléfono de contacto y estado civil</p>			
Colonia	Entidad Federativa		
Sexo	Edad	Teléfono (con clave lada)	
<p><input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer</p>			
Situación conyugal			
<p><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 específico</p>			
Nivel máximo de estudios		Número de personas que dependen económicamente del trabajador	
Grado de escolaridad alcanzada del trabajador			
Antigüedad en el puesto (años, meses)		Antigüedad en la empresa (años, meses)	
<p>Número de años y/o meses que el trabajador tiene en el puesto que desempeña y antigüedad dentro de la empresa.</p>			
Ocupación o puesto habitual del accidentado			
Ocupación o puesto que desempeñaba durante el accidente			
<p>Consultar la ocupación en el catálogo SINCO, para describir la(s) actividad(es) que desempeña el trabajador dentro de la empresa</p>			
<p>Consultar la ocupación en el catálogo SINCO, para describir la(s) actividad(es) que desempeñaba el trabajador en la empresa durante el accidente</p>			



Instructivo para el llenado del Formato de Aviso de Accidentes de Trabajo

gob mx	
Secretaría del Trabajo y Previsión Social	
Sitio, área departamento en que ocurrió el accidente	
Clase de trabajador	
<input type="radio"/> Planta	<input type="radio"/> Eventual
<input type="radio"/> Confianza	<input type="radio"/> Honorarios
<input type="radio"/> Subcontrato	<input type="radio"/> No especificado
Institución de afiliación	
<input type="radio"/> IMSS	<input type="radio"/> ISSSTE
<input type="radio"/> PEMEX	<input type="radio"/> Seguro Privado
<input type="radio"/> Ninguno	
Número de afiliación	Salario diario (pesos)
III. Lugar y tiempo del accidente	
Entidad Federativa	Municipio o delegación
Lugar del accidente	
<input type="radio"/> Lugar habitual del trabajo	<input type="radio"/> Otro lugar dentro del centro de trabajo
<input type="radio"/> En viaje o traslado por motivo de trabajo	<input type="radio"/> En otro centro de trabajo
<input type="radio"/> En trayecto del domicilio al centro de trabajo	<input type="radio"/> En trayecto del trabajo al domicilio
<input type="radio"/> No especificado	
Apartado para especificar la ubicación física, lugar, circunstancia s y tiempo en que ocurrió el accidente	
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

IV. Características del accidente

Tipo de riesgo

- Accidente de trabajo Accidente de trayecto Enfermedad de trabajo

Causa del accidente

Consultar el **catálogo CIE10**, para especificar la causa

Acto inseguro

Consultar el catálogo de acto inseguro disponible en los **catálogos del SIAAT**

Condiciones inseguras

Consultar el catálogo de condiciones inseguras disponible en los **catálogos del SIAAT**

Factor personal de inseguridad

- Actitud Inapropiada Falta de conocimientos Defectos orgánicos o psíquicos Ninguno No especificado

Estado en el que se encontraba el accidentado

- Normal Enfermo Ebrio Drogado Cansado No especificado

Acto inseguro

- Completo Parcial No llevaba No especificado

Describe la forma en que ocurrió el accidente

Exponer de forma breve como acontecieron los hechos durante el accidente

V. Daño del accidente

Tipo de incapacidad o consecuencia

- Temporal Parcial permanente Total permanente Muerte Sin Capacidad No especificado

Importe de daños materiales en el centro de trabajo (pesos)

Mencionar la cantidad estimada de los daños materiales en pesos

Naturaleza de la lesión

Consultar el **catálogo CIE10** sección naturalezas



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 percibidos 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, 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		← Importe en pesos
Beneficiarios de la indemnización (en caso de muerte del trabajador, especifique nombres, apellidos y domicilios)		
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
← Especificar el(los) nombre(s), apellidos y domicilio(s) completo(s) de el(los) persona(s) beneficiarias del trabajador en caso de fallecimiento		
Importe de los servicios funerarios		
← Importe en pesos		
Datos del responsable del aviso		
Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido
← Especificar los datos de la persona que da el aviso por parte de la empresa sobre el accidente de trabajo →		
Cargo y puesto		
Fecha de elaboración		
DD	MM	AAAA
Firma		