

## Instructivo para el llenado del Formato de Datos Complementarios al Aviso de Accidentes de Trabajo

**gob.mx**

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

|                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Homoclave del formato<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">STPS-001-A</div> | Formato de datos complementarios al<br>aviso de accidentes de trabajo | Fecha de publicación del formato en el DOF<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nombre completo de la empresa sin abreviaturas  
 (persona física o moral) registrado ante la SHCP

| I. Identificación de la empresa                                                                                         |                                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre, denominación o razón social                                                                                     | Nombre del centro de trabajo (sucursal, unidad, planta, etc)                                                                        |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">RFC de la empresa registrado en SHCP</div>      | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">Registro ante el Instituto Mexicano del Seguro Social</div> |  |
| Registro Federal de Contribuyentes (RFC)                                                                                | Registro patronal del IMSS                                                                                                          |  |
| Teléfono (con clave lada)                                                                                               | Correo electrónico                                                                                                                  |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Apartados para contacto con la empresa</div> |                                                                                                                                     |  |

Clave única de registro de población  
 del trabajador accidentado

| II. Datos generales del accidentado                                                                                                              |                 |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| CURP                                                                                                                                             | RFC             |                  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">RFC con homoclave del trabajador accidentado registrado en la SHCP</div> |                 |                  |
| 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                       |

| IV. 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                                                                                                                                                                     |                         |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">Importe en pesos</div>                                                                                                                          | Naturaleza de la lesión |
|                                                                                                                                                                                                                         |                         |

Consultar el **catálogo CIE10** sección naturalezas

## Instructivo para el llenado del Formato de Datos Complementarios al Aviso de Accidentes de Trabajo

|                                                                                                                                                 |                 |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| <b>gob mx</b>                                                                                                                                   |                 |                                     |
| Secretaría del Trabajo y Previsión Social                                                                                                       |                 |                                     |
| Días de incapacidad a consecuencia del accidente                                                                                                |                 |                                     |
| ← Número de días por incapacidad que se le dieron al trabajador accidentado                                                                     |                 |                                     |
| Importe estimado de la curación (pesos)                                                                                                         |                 |                                     |
| Importe de salarios percibidos por el accidentado durante los días que dejó de trabajar (pesos)                                                 |                 |                                     |
| Los importes deben expresarse en pesos                                                                                                          |                 |                                     |
| Aplica para el caso de incapacidad: parcial permanente, total permanente o muerte                                                               |                 |                                     |
| Indemnización pagada por                                                                                                                        |                 | Importe de la 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. _____                                                                                                                                        |                 |                                     |
| 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                                       |                 |                                     |
| Fecha de elaboración                                                                                                                            |                 |                                     |
| DD                                                                                                                                              | MM              | AAAA                                |
| Firma                                                                                                                                           |                 |                                     |