

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Aviso de accidentes de trabajo

Homoclave del formato

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.

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 específico			
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			

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. _____

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

Acto inseguro

Condiciones inseguras

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

Equipo de protección que usaba el trabajador al momento del accidente

- Completo Parcial No llevaba No especificado

Describe la forma en que ocurrió 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)

Naturaleza de la lesión

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Días de incapacidad a consecuencia del accidente

Importe estimado de la curación (pesos)

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

Indemnización pagada por

Importe de indemnización (pesos)

La empresa
 El seguro
 No especificado

Beneficiarios de la indemnización (en caso de muerte del trabajador, especifique nombres, apellidos y domicilios)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Importe de los servicios funerarios

Datos del responsable del aviso

Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

Cargo o puesto

Fecha de elaboración

DD / MM / AAAA

Firma