

## Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Datos complementarios al aviso de  
accidentes de trabajo

Homoclave del formato

Fecha de publicación del formato en el DOF

/ /

## I. Identificación de la empresa

Nombre, denominación o razón social	Nombre del centro de trabajo (sucursal, unidad, planta, etc)
Registro Federal de Contribuyentes (RFC)	Registro patronal del IMSS
Teléfono (con clave lada)	Correo electrónico

## II. Datos generales del accidentado

CURP	RFC	
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						
Naturaleza de la lesión						

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 N° 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

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 para el caso de incapacidad: parcial permanente, total permanente o muerte

Indemnización pagada por

Importe de la 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

**Contacto:**

Paseo de la Reforma N° 93, Piso 10  
Col. Tabacalera, Del. Cuauhtémoc,  
Distrito Federal, CP. 06030  
Tel. (55) 2000-5300 Ext. 63245  
siaat@stps.gob.mx