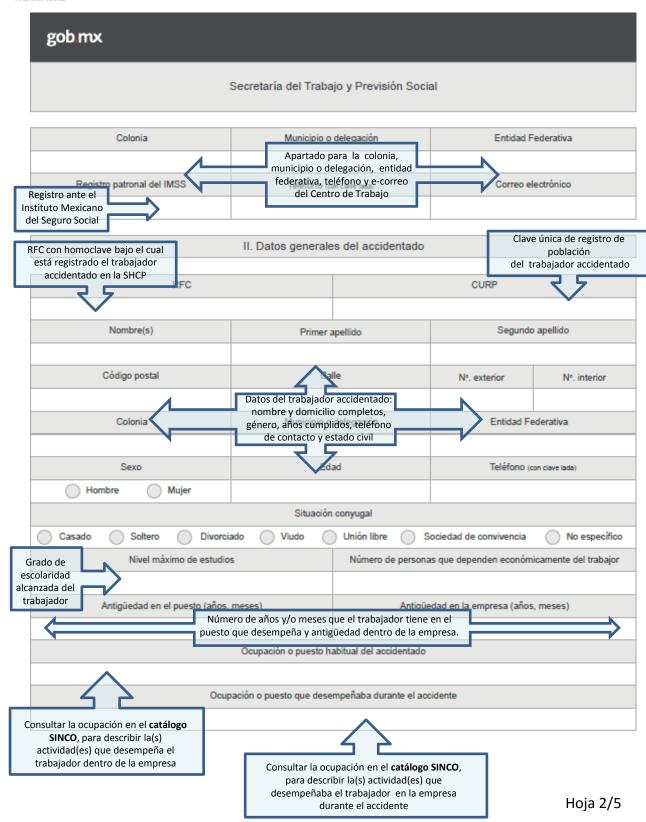
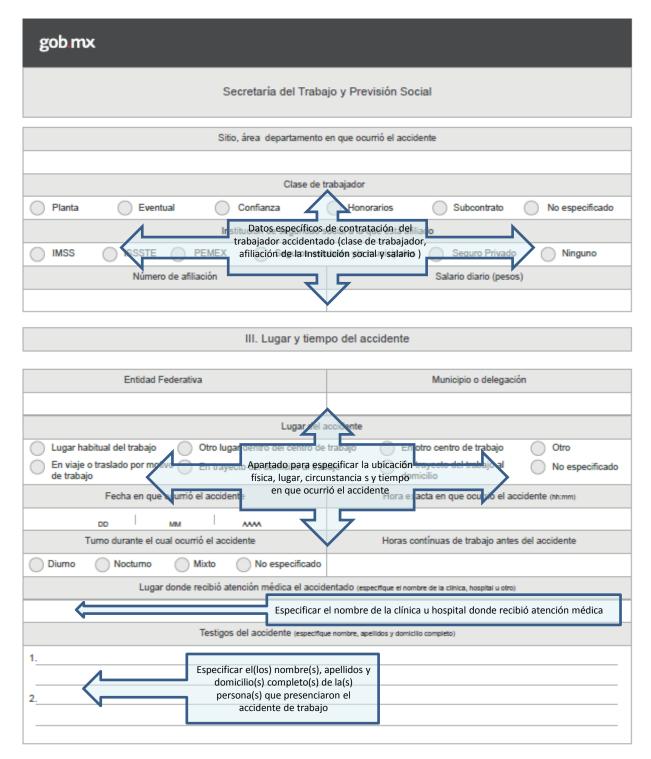


gob mx				
:	Secretaría del Traba	ajo y Previsión Socia	al	
	Formato de avi	iso de accidentes de	e trabajo	
Homoclave del formato		Fecha de publicación en el DOF		
STPS-001-A				
Este documento deberá llenarse por duplicado y Investigación y Estadísticas del Trabajo, ubicado de la República Mexicana, en la Delegación, Su correspondientes de acuerdo con las disposicio	a en Paseo de la Reform ubdelegación u Oficina Fo	na No. 93, Piso 10, Col. T	abacalera, CP 06030, M	éxico D.F., o en el interior
RFC bajo el cual está registrada la empresa ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)		n de la empresa	Nombre completo sin abreviaturas  (persona física o moral) bajo el cual se encuentra registrada la empresa ante la SHCP.	
Degistro Federal de Contribuyent	es (RFC)	Nomb	re, denominación o razóf	social
Código postal		micilio completo de la postal, calle, número	Nº. exterior	Nº. interior
Colonia	exterior e interior,	colonia, municipio o ntidad federativa)	Entidad F	ederativa
N°. de trabajadores de la empresa	Giro o a	nctividad	Registro patro	Registro ante el Instituto Mexicano
Número telefónico con clave lada para contacto	describiendo la(s	catálogo SCIAN, s) actividad(es) que tablecimiento	Correo electrónico	del Seguro Social
	Datos del cer	ntro de trabajo		
Nombre del centro de trabajo (sucursal, u Nombre completo del Centro de Trabajo sin abreviaturas	unidad, planta, etc)	N° de tra	abajadores en el centro d	le trabajo
Código postal	Ca		Nº. exterior	Nº. interior
	Apartado para el dom Trabajo (código pos exterior e	tal, calle, número	$\Longrightarrow$	











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 c
	Acto inseguro
	Consultar el catálogo de acto inseguro disponible en los <b>catálogos de</b>
	Condiciones inseguras
	Consultar el catálogo de condiciones inseguras disponible en los catálogos de
	Factor personal de inseguridad
Astivat Incorporate Co. Est	
Actitud Inapropiada Fal	
	Estado en el que se encontraba el accidentado
Normal Enferm	no Ebrio Drogado Cansado No especificado
	Acto inseguro
Completo	Parcial No llevaba No especificado
	Describa 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 perm	anente Total permanente Muerte Sin Capacidad No especifica
	Importe de daños materiales en el centro de trabajo (pesos)
ك	Naturaleza de la lesión
Mencionar la cantidad	
estimada de los daños materiales en pesos	
	Consultar el catálogo CIE10 sección naturalezas
	Hoja 4/



