JESÚS ALFONSO NAVARRETE PRIDA, Secretario del Trabajo y Previsión Social, con fundamento en los artículos 123, Apartado A, fracciones XIV y XV de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 16 y 40 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 132, fracciones I, XVI y XVII y 504, fracciones V y VI de la Ley Federal del Trabajo; 4, 7, 8, 10, 11, 13 y 16 de la Ley de Firma Electrónica Avanzada; 1, 2, 4, 5, 11, 18, 21 y 24 del Reglamento Interior de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; 1, 11, 28 y 37 del Reglamento General de Inspección del Trabajo y Aplicación de Sanciones; 3, 5, 7, fracciones XVI y XVII, 76, 77 y 79 del Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo; 7, 8, 9, 11 y 12 del Reglamento de la Ley de Firma Electrónica Avanzada, y

CONSIDERANDO

Que de conformidad con lo dispuesto en los artículos 123, Apartado A, fracciones XIV y XV Constitucional, y 132, fracciones I, XVI y XVII de la Ley Federal del Trabajo, todos los patrones están obligados a cumplir con la normatividad laboral en materia de seguridad y salud en el trabajo y adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizarlos de tal manera, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores;

Que los artículos 504, fracciones V y VI de la Ley Federal del Trabajo; así como 7, fracciones XVI y XVII; 76, 77 y 79 del Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, señalan que los patrones tienen la obligación de dar aviso por escrito o por medios electrónicos a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, al Inspector del Trabajo y a la Junta de Conciliación y Arbitraje dentro de las 72 horas siguientes, de los accidentes de trabajo que ocurran, y que tan pronto se tenga conocimiento de la muerte de un trabajador por riesgos de trabajo, deberá notificar a dichas autoridades ya sea por medios electrónicos o escritos;

Que la meta nacional establecida en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 de alcanzar un México Próspero, tiene entre sus objetivos salvaguardar los derechos de los trabajadores, en un marco de respeto que equilibre los factores de la producción y que genere las condiciones que aseguren a los mexicanos el acceso a un empleo digno y socialmente útil;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece la estrategia transversal Gobierno Cercano y Moderno, con el propósito de contar con un gobierno eficiente, que mejore su desempeño con la simplificación de los trámites gubernamentales a través del uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación, que facilite a la ciudadanía cumplir en tiempo y forma con los trámites, aproveche el uso de la firma electrónica en los documentos y permita abatir los gastos de mensajería y papel;

Que en la Ley de Firma Electrónica Avanzada y su Reglamento, se establece que las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, podrán utilizar la Firma Electrónica Avanzada en documentos electrónicos, los cuales producirán los mismos efectos que los presentados con firma autógrafa y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio que las disposiciones aplicables les otorgan a éstos, y

Que en mérito de lo anterior, es necesario proporcionar a los patrones herramientas tecnológicas que les permitan cumplir de forma más sencilla con sus obligaciones, por lo que he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE CREA EL SISTEMA DE AVISOS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y SE DAN A CONOCER LOS FORMATOS PARA INFORMAR LOS ACCIDENTES Y DEFUNCIONES DE LOS TRABAJADORES

CAPÍTULO PRIMERO
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. El presente Acuerdo tiene por objeto establecer el Sistema de Avisos de Accidentes de Trabajo, así como dar a conocer los formatos mediante los cuales los patrones, trabajadores o familiares presenten ante la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, bajo protesta de decir verdad, los avisos de accidentes de trabajo, así como las defunciones como consecuencia de accidentes o enfermedades de trabajo.

Artículo 2. Para los efectos del presente Acuerdo, se entenderá por:

I. Accidente de trabajo: Toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se presente. Quedan incluidos en la definición los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de éste a aquél;

II. Acuse de recibo electrónico: El mensaje de datos que se emite o genera a través de medios electrónicos para acreditar de manera fehaciente la fecha y hora de recepción del aviso de accidente de trabajo;

III. Aviso de accidente de trabajo: Aquél que el patrón hace del conocimiento de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, del Inspector del Trabajo y la Junta de Conciliación y Arbitraje, por medios electrónicos o escritos dentro de las 72 horas siguientes de la ocurrencia de un accidente de trabajo o tan pronto tenga conocimiento de la muerte de un trabajador por riesgo de trabajo;

IV. Centro de trabajo: El lugar o lugares, tales como edificios, locales, instalaciones y áreas, donde se realicen actividades de explotación, aprovechamiento, producción, comercialización, transporte y almacenamiento o prestación de servicios, en los que laboren personas que estén sujetas a una relación de trabajo;

V. Código QR: Código de barras bidimensional que contiene información codificada para validar los avisos que den los patrones en el SIAAT;

VI. Defunción: La muerte producida en ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se presente;

VII. Enfermedad de trabajo: Todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios;

VIII. Firma electrónica avanzada: El conjunto de datos y caracteres que permite la identificación del firmante, que ha sido creada por medios electrónicos bajo su exclusivo control, de manera que está vinculada únicamente al mismo y a los datos a los que se refiere, lo que permite que sea detectable cualquier modificación ulterior de éstos, la cual produce los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa;

IX. Riesgos de trabajo: Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo;

X. Secretaría: Secretaría del Trabajo y Previsión Social;

XI. SIAAT: Sistema de Avisos de Accidentes de Trabajo, y

XII. Sitio de internet: La dirección electrónica donde se puede acceder al SIAAT: http://siaat.stps.gob.mx.

Artículo 3. Los patrones o sus representantes deberán evitar la doble entrega del aviso de accidente de trabajo. Para cumplir con lo anterior, tendrán que realizarlo por medios escritos o con su registro en el SIAAT, a fin de evitar la doble contabilidad de accidentes de trabajo en sus centros de trabajo.

Artículo 4. La información con la que cuente la Secretaría, derivado de la aplicación del presente Acuerdo, será compartida con la Dirección General de Inspección Federal del Trabajo, la Unidad de Delegaciones Federales del Trabajo y con la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, en los términos de las disposiciones aplicables.

Los patrones que presenten los avisos de accidente de trabajo ante la Secretaría, tendrán por cumplida la obligación en el ámbito federal prevista en el artículo 504, fracciones V y VI de la Ley Federal del Trabajo.

Artículo 5. En caso de que la Secretaría detecte que la información proporcionada por los patrones, en el SIAAT o en los formatos mencionados en el artículo 13 de este Acuerdo, es falsa, que se condujeron con dolo o mala fe, o se presenten inconsistencias en el llenado de los avisos, ordenará la práctica de visitas de inspección extraordinarias en el centro de trabajo.

Lo anterior, sin perjuicio de la vista que en su caso, deba dar la Secretaría al Ministerio Público competente.

CAPÍTULO SEGUNDO
DEL SIAAT

Artículo 6. El SIAAT es un sistema electrónico que tiene como propósito facilitar a los patrones la presentación ante la Secretaría, de los avisos de accidentes de trabajo que sufran los trabajadores y de las defunciones que ocurran con motivo de accidentes y enfermedades de trabajo.

Artículo 7. Al SIAAT podrán acceder todos los patrones y sus representantes, de los centros de trabajo establecidos en la República Mexicana y que hayan tenido la ocurrencia o conocimiento de un accidente de trabajo, o de una defunción.

Artículo 8. Además del Sitio de internet, la Secretaría proporcionará acceso al SIAAT a través de vínculos en los portales: http://www.stps.gob.mx y http://www.gob.mx.

El manual de usuario del SIAAT estará disponible en el Sitio de internet.

Artículo 9. Los patrones o sus representantes que opten por realizar el aviso de accidente de trabajo en el SIAAT, deberán utilizar su firma electrónica avanzada y contar con el certificado digital vigente emitido por el Servicio de Administración Tributaria, las claves pública y privadas que la conforman, así como seguir los procedimientos que se señalen en el manual de usuario del SIAAT.

Asimismo, los patrones o sus representantes que ingresen al SIAAT, mediante la autenticación con la firma electrónica avanzada, manifiestan expresamente su conformidad en registrar, con la misma, los avisos de accidente de trabajo y de las defunciones.

Artículo 10. En el caso de que el patrón o su representante legal, autorice a una o más personas para que presenten los avisos de accidentes de trabajo y de las defunciones, será necesario registrar en el SIAAT los datos de las personas designadas, según lo establecido en el manual de usuario.

En caso de que un representante sea quien registre los avisos de accidentes y/o los datos complementarios, será necesario que adjunte en el SIAAT, en formato digital, un escrito de autorización con firma autógrafa del patrón o su representante legal, según lo establecido en el manual de usuario.

Artículo 11. Una vez que el SIAAT reciba un aviso, emitirá un acuse de recibo electrónico como comprobante de la entrega, el cual tendrá la siguiente información:

I. Folio del acuse de recibo electrónico;

II. Nombre, denominación o razón social de la empresa y Registro Federal de Contribuyentes;

III. Nombre del trabajador accidentado y su Clave Única de Registro de Población;

IV. Centro de Trabajo en el que ocurrió el accidente o defunción;

V. Fecha y hora en que se presentó el aviso;

VI. Fecha y hora del accidente de trabajo o defunción;

VII. Entidad Federativa, Municipio o Delegación en donde ocurrió el accidente de trabajo o defunción;

VIII. Cadena digital, y

IX. Código QR.

La autenticidad del acuse de recibo electrónico será verificable en línea en el SIAAT, a través del Código QR.

Artículo 12. La administración y operación del SIAAT estará a cargo de la Secretaría, a través de la Dirección General de Investigación y Estadísticas del Trabajo de acuerdo a lo establecido por el Reglamento Interior de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; contando con el apoyo técnico e informático de la Dirección General de Tecnologías de la Información.

CAPÍTULO TERCERO
DE LOS FORMATOS

Artículo 13. La Secretaría pondrá a disposición en el Sitio de internet los formatos siguientes:

I. Anexo A. "Aviso de Accidentes de Trabajo", que deberá ser utilizado en caso de que los patrones opten entregar por escrito los avisos de accidentes de trabajo que sufran los trabajadores y de las defunciones que ocurran con motivo de accidentes y enfermedades de trabajo;

II: Anexo B. "Datos complementarios al Aviso de Accidentes de Trabajo", que deberá ser utilizado para complementar la información registrada en el formato de "Aviso de Accidentes de Trabajo", sólo en caso de que al presentar por primera vez el aviso de accidente se desconozcan los daños del mismo, y

III. Anexo C. "Aviso de Accidentes de Trabajo. Trabajadores o Familiares", que deberá ser utilizado cuando el aviso sea presentado por los trabajadores accidentados o sus familiares, conforme al artículo 76, segundo párrafo, del Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, que establece que en caso de que el patrón no presente el aviso dentro de las 72 horas siguientes a la ocurrencia del accidente, éste pueda ser entregado por el trabajador o sus familiares.

Los formatos deberán ser llenados por duplicado y entregarse con firma autógrafa en la Dirección General de Investigación y Estadísticas del Trabajo o en la Delegación, Subdelegación u Oficina Federal del Trabajo más cercana al domicilio del centro de trabajo donde ocurrió el accidente.

Artículo 14. La Secretaría pondrá a disposición de los interesados los instructivos de llenado de los formatos a que se refiere el artículo anterior, los cuales estarán disponibles en el Sitio de internet.

El formato de "Aviso de Accidentes de Trabajo" y el de "Datos Complementarios al Aviso de Accidentes de Trabajo" que sean presentados por los patrones, deberán llenarse de manera completa y conforme a los instructivos correspondientes.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Conforme a lo establecido en el Programa Nacional de Normalización 2015, la Secretaría continuará con la revisión de la NOM-021-STPS-1994, Relativa a los requerimientos y características de los informes de los riesgos de trabajo que ocurran, para integrar las estadísticas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de mayo de 1994.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a

EL SECRETARIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

JESÚS ALFONSO NAVARRETE PRIDA

Anexo “A”

gob.mx

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 sansiones 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)

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)	
◯ Hombre ◯ Mujer			

Situación conyugal						
◯ Casado	◯ Soltero	◯ Divorciado	◯ Viudo	◯ Unión libre	◯ Sociedad de convivencia	◯ No específico

Nivel máximo de estudios	Número de personas que dependen económicamente del trabajor
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

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

Sitio, área 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 contínuas 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. _____

_____

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

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

Acto inseguro			
◯ Completo	◯ Parcial	◯ No llevaba	◯ No especificado

Describa 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

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

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

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

Anexo “B”

gob.mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Homoclave del formato	Datos complementarios al aviso de accidentes de trabajo	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 imcapacidad o consecuencia
◯ Temporal ◯ Parcial permanente ◯ Total permanente ◯ Muerte ◯ Sin incapacidad ◯ 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).

MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA | STPS SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL | COFEMER Comisión Federal de Mejora Regulatoria

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

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 Nº 93, Piso 10
Col. Tabacalera, Del. Cuauhtémoc,
Distrito Federal, CP. 06030
Tel. (55) 2000-5300 Ext. 63245
siaat@stps.gob.mx

Anexo “C”

gob.mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Formato aviso de accidentes de trabajo
trabajadores y familiares

Homoclave del formato	Fecha de publicación del formato en el DOF
	/ /

Este documento deberá llenarse por duplicado y entregarse a la Dirección General de Investigación y Estadisticas del Trabajo, ubicada en Paseo de la Reforma No. 93, Piso 10, Col. Tabacalera, C.P. 06030, México, D.F., o en el intrior de la Repúblia Mexicana, en la Delegación, Subdelegación u Oficina Federal del Trabajo más cercana.

I. Datos generales del accidentado

RFC	CURP

Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido

Sexo	Edad	Teléfono(clave lada)
◯ Hombre ◯ Mujer		

Codigo postal	Calle	N° exterior	N°interior

Colonia	Municipio o delegación	Estado o Distrito Federal

Nivel maximo de estudios	Número de personas que dependenden económicamente del trabajador

Puesto o ocupación a que se dedica el trabajador	Salario diario (pesos)

Institución de seguridad social a la que está afiliado

◯ IMSS ◯ ISSSTE ◯ PEMEX ◯ Seguros estatales y/o municipales ◯ Seguro privado ◯ Ninguno

II. Identificación de la empresa

Datos de la empresa y/o del centro de trabajo (donde ocurrió el accidente)

Nombre, razón social o denominacion legal de la empresa

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. Cuahutemoc
Distrito Federal, CP. 06030
Tel. (55) 2000-5300 Ext.63245
siaat@stps.gob.mx

gob.mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Nombre del centro de trabajo		Giro o actividad	
Codigo postal	Calle	N° exterior	N°interior
Colonia	Municipio o delegación	Estado o Distrito Federal	
Teléfono		Correo electrónico	

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 contínuas 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)

IV Daño del accidente

Describa la forma en que ocurrió el accidente

Parte del cuerpo lesionada (Ejemplo: cabeza, columna vertebral, mano derecha, pierna, brazo)

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

gob.mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Describa la lesión (Ejemplo: Fractura, luxación, esguince, herida, traumatismo, contusión, etc).	Dias que dejó de trabajar a causa del accidente

¿Recibió sueldo durante los días que dejó de trabajar?	¿Falleció el trabajador?
SI ◯ NO ◯	SI ◯ NO ◯
¿El trabajador tuvo que ser hospitalizado?	¿Ha tenido conocimiento de la ocurrencia de más accidentes en el centro de trabajo?
SI ◯ NO ◯	SI ◯ NO ◯

Testigos del accidente (especifique nombre, apellidos y domicilio completo)

1. _____

2. _____

Aplica en el caso de incapacidad: parcial permanente, total permanente o muerte

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

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Datos de la persona que da aviso

Relación con el accidentado

◯ Mismo Trabajador ◯ Cónyuge ◯ Hijo (a) ◯ Madre o Padre ◯ Hermano (a) ◯ Otro

Nombre y Apellidos	
Fecha de elaboración	
DD / MM / AAAA	Firma

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