

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)	
☐ 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 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			

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

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 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

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

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

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