

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Datos complementarios al
aviso de accidentes de trabajo

Homoclave del formato

STPS-09-001-A

Fecha de publicación en el DOF

14 | 12 | 2015

Este documento deberá llenarse por duplicado y entregarse a 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.

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

RFC	CURP	
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

V. Daño del accidente

Tipo de incapacidad o consecuencia

Temporal
 Parcial permanente
 Total permanente
 Muerte
 Sin incapacidad
 No especificado

Accidente no considerado de trabajo por el IMSS
 Accidente no considerado de trayecto por el IMSS

Importe de daños materiales en el centro de trabajo (pesos)

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 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

Días de incapacidad a consecuencia del accidente

Importe estimado de la curación (pesos)

Importe de salarios recibidos 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.

Importe de los servicios funerarios (pesos)

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