

**gob.mx**

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Homoclave del formato  
**STPS-09-001-A**

Datos complementarios al aviso de accidentes de trabajo

Fecha de publicación del formato en el DOF  
**14 / 12 / 2015**

Nombre completo de la empresa sin abreviaturas (persona física o moral) registrado ante la SHCP.

**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 local)	Correo electrónico

Apartados para el contacto con la empresa.

Clave única de registro de población del trabajador accidentado.

**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

Temporal    Parcial permanente    Total permanente    Muerte    Sin incapacidad    No especificado

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

Naturaleza de la lesión

De conformidad con los artículos 4 y 89-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).

**gob.mx**

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

---

Días de incapacidad a consecuencia del accidente

← Número de días que se le dieron al trabajador accidentado, por incapacidad.

Importe estimado de la curación (pesos)

Los importes deben expresarse en 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)
<input type="radio"/> La empresa <input type="radio"/> El seguro <input type="radio"/> No especificado	

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

1. \_\_\_\_\_

← Especificar el(los) nombre(s), apellidos y domicilio(s) completo(s) de la(s) persona(s) beneficiarias del trabajador en caso de fallecimiento.

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Importe de los servicios funerarios (pesos)

← En caso de muerte del trabajador reportar el Importe en pesos de los gastos del funeral.

---

Datos del responsable del aviso

Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido
← Especificar los datos de la persona responsable que da el aviso por parte de la empresa sobre el accidente de trabajo. →		
Cargos puesto		
Fecha de elaboración		
DD	/ MM	/ AAAA
Firma		