

Subsecretaría del Trabajo, Seguridad y Previsión Social : Dirección General de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Normas Oficiales Mexicanas sobre Seguridad e Higiene

NOM-021-STPS-1994. Relativa a los requerimientos y características de los informes de los riesgos de trabajo que ocurren.

1. Objetivo

Establecer los requerimientos y características de informes de los riesgos de trabajo que ocurran, para que las autoridades del trabajo los realicen.

1.1 Campo de aplicación

La presente NOM-STPS- se aplica para que el patrón informe de los riesgos de trabajo ocurridos.

2. Referencias.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 123 Apartado "A" fracción XV.

Ley Federal del Trabajo, artículo 504, fracciones V y VI.

Convenio No. 160 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre Estadísticas del Trabajo.

Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Título Décimo Primero, Capítulo VII, artículos 223, 224 y 225.

3. Requerimientos y características de los avisos e informes de los riesgos de trabajo ocurridos.

3.1 Avisos de los riesgos de trabajo ocurridos.

3.1.1 Con objeto de que las autoridades del trabajo lleven una estadística nacional de accidentes y enfermedades de trabajo, los realizados a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social directamente o a las Delegaciones Federales del Trabajo o al Inspector de Trabajo Permanente o a la Junta de Conciliación y Arbitraje, dentro de las setenta y dos horas siguientes a su realización en caso de accidente o enfermedad.

3.1.2 El aviso a que se refiere el punto anterior debe hacerse por escrito conteniendo los siguientes datos:

A) En caso de accidente:

I. Nombre y domicilio de la empresa.

II. Nombre y domicilio del trabajador así como su puesto o categoría y el monto de su salario.

III. Lugar y hora del accidente con expresión sucinta de los hechos.

IV. Nombre y domicilio de las personas que presenciaron el accidente.

V. Lugar en que se presta o haya prestado atención médica al accidentado.

VI. Nombre y domicilio de las personas que pudieran tener derecho a la indemnización correspondiente en caso de fallecimiento.

B) En caso de enfermedad:

- I. Nombre y domicilio de la empresa.
 - II. Nombre y domicilio del trabajador, así como su puesto o categoría y el monto de su salario.
 - III. Nombre y domicilio del médico que determinó la enfermedad de trabajo.
 - IV. Lugar en que se preste o haya prestado atención médica al enfermo.
 - V. Nombre y domicilio de las personas que pudieran tener derecho a la indemnización correspondiente en caso de fallecimiento.
- 3.1.3 El patrón debe hacer del conocimiento de la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene, los accidentes de trabajo que ocurran, de que ésta cumpla las funciones que tiene establecidas y en forma independiente, den aviso a las autoridades del trabajo.
- 3.1.4 Los patrones deben llevar un registro de los avisos de los accidentes o enfermedades de trabajo que ocurran, conteniendo, punto 3.1.2.
- 3.2 Informes y estadísticas de los accidentes y enfermedades de trabajo.
- 3.2.1 La Coordinación General de Políticas, Estudios y Estadísticas del Trabajo será el órgano encargado de la recopilación de lo trabajo.
- 3.2.2 Con objeto de llevar la estadística nacional de los riesgos de trabajo, los patrones deben proporcionar la información necesaria presente NOM-STPS-.
- 3.2.3 El informe de accidente o enfermedad debe contener los siguientes datos relativos a la empresa:
- 3.3 Datos del informe de accidente o enfermedad de trabajo.
- I. Registro federal de contribuyentes.
 - II. Institución que cubre el seguro de accidentes.
 - III. Número de registro de la institución que cubre el seguro de accidente.
 - IV. Razón social de la empresa.
 - V. Domicilio.
 - VI. Jurisdicción federal o local.
 - VII. Rama industrial o tipo de empresa.
 - VIII. Productos que elabora.
- 3.3.1 Los datos del accidentado o enfermo que se deben proporcionar son:
- I. Registro federal de contribuyentes.
 - II. Registro del trabajador en la institución que proporciona el seguro de accidente.
 - III. Nombre, edad y sexo.
 - IV. Estado civil.

- V. Escolaridad.
- VI. Antigüedad en la empresa.
- VII. Antigüedad en el puesto.
- VIII. Tipo de prestación de trabajo.
- IX. Categoría del trabajador.
- X. Salario diario.
- XI. Parte del cuerpo lesionada.
- XII. Tipo de lesión.
- XIII. Tipo de accidente o nombre de la enfermedad.
- XIV. Lugar, hora, fecha y turno en que ocurrió el accidente.
- XV. Causa directa del accidente o enfermedad.
- XVI. Lugar donde ocurrió el accidente o enfermedad.
- XVII. Agente causal.

3.3.2 El patrón o su representante debe firmar y presentar el informe de accidente o enfermedad debidamente requisitado.

3.3.3 El informe de accidente se debe hacer, asentando en las formas CM-2 A y B los datos que según el modelo incluye, del cual proporcionará los ejemplares.

4. Bibliografía

Oficina Internacional del Trabajo. La Prevención de los Accidentes, Manual de Educación Obrera. Segunda Edición, Ginebra, 1981.

La vigilancia del cumplimiento de esta Norma Oficial Mexicana corresponde a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Forma CM-2B

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Coordinación General de Políticas, Estudios y Estadísticas del Trabajo

Pogreso 120 panta baja, México, D.F.

Datos adicionales al reporte de accidentes de trabajo.

Este documento deberá llenarse por triplicado, presentarse o remitirse al Centro Nacional de Información y Estadísticas del Trabajo que tenga conocimiento del accidente de trabajo (alta médica o defunción del trabajador). De no hacerlo así, se aplicarán las sanciones y disposiciones legales en vigor. _____

Entidad federativa donde ocurrió el accidente _____

Fecha _____

1. Nombre, denominación o razón social _____

2. Reg. Fed. de contribuyentes de la empresa _____

3. Accidente No. _____ 4. Rama o actividad industrial _____

No. progresivo del accidente ver punto 26 forma CM-2a

5. Nombre del accidentado _____

Apellidos: Paterno Materno Nombre

6. Reg. Fed. de Contribuyentes del accidentado _____

7. Incapacidad _____

Especifique: Temporal, Permanente (parcial o total) o muerte

8. Días que dejó de trabajar a consecuencia del accidente _____

9. Importe estimado de la curación _____

10. Importe de salarios percibidos por el accidentado durante los días que dejó de trabajar _____

11. Importe de indemnizaciones _____

Pagadas por la empresa _____

Pagadas por el seguro

12. Importe de los funerales en caso de muerte _____

Forma CM-2A Secretaría del Trabajo y Previsión Social Coordinación General de Políticas, Estudios y Estadísticas del Trabajo P. accidentes de trabajo. Este documento deberá llenarse por triplicado, presentarse o remitirse, dentro de las 72 horas después de Información y Estadísticas del Trabajo. De no ser así, se aplicarán las sanciones correspondientes, de acuerdo con las disposiciones

I. Identificación de la empresa 1. Reg. Fed. de Contribuyentes _____

2. Nombre, Razón Social o denominación legal _____

3. Domicilio _____

Calle No. Ext. No. Int. _____

Teléfono Código postal

4. Entidad federativa, municipio, localidad _____

5. Giro o actividad _____

6. Centro de trabajo _____

Nombre de la sucursal, Unidad, Planta, etcétera

7. _____

Domicilio Código postal Entidad federativa

8. Registro patronal del IMSS _____

Municipio Localidad

II. Características del accidentado 9. Reg. Fed. de contribuyentes

10. Nombre _____

Apellidos: paterno materno nombre

11. Domicilio _____

calle No. Ext No. Int. Teléfono código postal

12. Estado civil: Casado ___ Soltero ___ Divorciado ___ Viudo ___ Unión libre ___ 13.

Sexo masculino _____ femenino _____ 14. Edad _____ años cumplidos

15. Último año de estudios aprobado _____

16. Antigüedad en el puesto _____ años _____ meses

17. Número de personas que dependen económicamente del trabajador _____

18. Antigüedad en la empresa _____ años _____ meses 19. Ocupación habitual del accidentado _____

20. Ocupación que desempeñaba al ocurrir el accidente _____

21. Departamento al que pertenece _____

Secretaría del Trabajo y Previsión Social Coordinación General de Políticas, Estudios y Estadísticas del Trabajo Patriotismo No. 1
trabajo. 22. Clase de trabajador _____

Especifique: planta, transitorio, confianza, etcétera.

23. Salario diario _____

24. Clase de seguro _____

especifique: IMSS, ISSSTE, Seguro de la empresa

25. No. Filiación _____

III Características del accidente. 26. Accidente no. _____

No. Progresivo del accidente que corresponda durante el año en la sucursal, unidad, planta, etc.

27. Agente: Calderas y recipientes a presión, herramientas, transmisiones mecánicas de fuerza, superficies de trabajo, vehículos animales, otros. _____

Diga cuáles 28. Causa del accidente: Explosión, incendio, contacto con corriente eléctrica, caída del trabajador, por caída de objeto, atropello por vehículos, choque de vehículos, contacto, inhalación, absorción o ingestión de sustancias químicas, tóxicas u otros. _____

_____ Diga cuáles 29. Acto inseguro: No usar equipo de prevenir o asegurar, hacer inoperantes los dispositivos de seguridad, reparar equipo vivo o en movimiento, uso indebido del equipo, operar a velocidad inadecuada, manejo inadecuado de materiales, ninguno, otros _____

_____ Diga cuáles 30. Condiciones inseguras: Ausencia de avisos preventivos agente en condiciones inapropiadas, dispositivos de seguridad inapropiados, iluminación o ventilación inapropiada, condiciones de accesos inapropiados, ninguna, otros _____

_____ Diga cuáles 31. Factor personal de inseguridad: Actitud inapropiada, factores psíquicos, otros _____

_____ Diga cuáles _____