

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**ACUERDO número 482/2006 del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, dictado en la sesión celebrada el 30 de octubre de 2006.**

---

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social.- Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión celebrada el día 30 de octubre del presente año, dictó el Acuerdo número 482/2006, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en los Artículos 263 y 264 fracciones III, XIV y XVII de la Ley del Seguro Social, y 31 fracciones II y XX, y 71 fracción III del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, considerando la solicitud de la Dirección de Incorporación y Recaudación, Acuerda: **UNICO.-** Aprobar el formato que en dos fojas útiles remite la Dirección de Incorporación y Recaudación con oficio 731 del 16 de octubre del 2006, referente a la Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad CLEM-22 y CLEM-22A”.

Atentamente

México, D.F., a 21 de diciembre de 2006.- El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García.**- Rúbrica.



## DETERMINACION DE LA PRIMA EN EL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO DERIVADA DE LA REVISION ANUAL DE LA SINIESTRALIDAD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL:

EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO POR LOS ARTICULOS 15, FRACCION IV, 71, 72 Y 74 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL VIGENTE Y ARTICULOS 1 FRACCION IV, 2 FRACCION VII, 3, DEL 32 AL 39, 47 Y 196 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL EN MATERIA DE AFILIACION, CLASIFICACION DE EMPRESAS, RECAUDACION Y FISCALIZACION, MANIFIESTO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS ASENTADOS EN ESTE DOCUMENTO SON REALES RESPECTO A LA SINIESTRALIDAD OCURRIDA EN ESTA EMPRESA.

HOJA 1 DE \_\_\_\_

1 FECHA DE ELABORACION  
 \_\_\_\_\_  
 DIA MES AÑO

2 REGISTRO DE RECEPCION DEL I. M. S. S.

ANTES DE INICIAR EL LLENADO LEA LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO

3 **DATOS GENERALES DE LA EMPRESA**

REGISTRO PATRONAL \_\_\_\_\_ D.V. \_\_\_\_\_

NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_ DOMICILIO Y TELEFONO: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD ECONOMICA O GIRO: \_\_\_\_\_ CLASE DE RIESGO \_\_\_\_\_ FRACCION NUMERO \_\_\_\_\_ PRIMA ANTERIOR \_\_\_\_\_

4 **DATOS BASE PARA DETERMINAR LA PRIMA**

SINIESTRALIDAD LABORAL REGISTRADA EN LA EMPRESA DURANTE EL PERIODO DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE \_\_\_\_\_

**CONCEPTOS, CIFRAS FIJAS Y VARIABLES**

TOTAL DE DIAS SUBSIDIADOS A CAUSA DE INCAPACIDAD TEMPORAL	<b>S</b>	_____
SUMA DE PORCENTAJES DE LAS INCAPACIDADES PERMANENTES PARCIALES Y TOTALES, DIVIDIDOS ENTRE 100	<b>I</b>	_____
NUMERO DE DEFUNCIONES	<b>D</b>	_____
NUMERO DE TRABAJADORES PROMEDIO EXPUESTOS AL RIESGO	<b>N</b>	_____
AÑOS PROMEDIO DE VIDA ACTIVA	<b>V</b>	28
FACTOR DE PRIMA	<b>F</b>	_____
PRIMA MINIMA DE RIESGO	<b>M</b>	_____
NUMERO DE DIAS NATURALES DEL AÑO		365

D.V. DIGITO VERIFICADOR

5 **RESULTADO DE LA DETERMINACION DE LA PRIMA**

**FORMULA:**  

$$PRIMA = [(S / 365) + V * (I + D)] * (F / N) + M$$

**SUSTITUCION DE VALORES:**  
 PRIMA = [ ( \_\_\_\_\_ / 365 ) + 28 \* ( \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ ) ] \* ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ) + \_\_\_\_\_

**DESARROLLO:**  
 PRIMA = [ ( \_\_\_\_\_ ) + 28 \* ( \_\_\_\_\_ ) ] \* ( \_\_\_\_\_ ) + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

**RESULTADO:** \_\_\_\_\_

PRIMA EXPRESADA EN POR CIENTO Y PARA COMPARACION CON LA PRIMA ANTERIOR: \_\_\_\_\_

**NUEVA PRIMA:**  
 (OBTENIDA DE LA COMPARACION) \_\_\_\_\_

PARA EFECTUAR LA COMPARACION VER INSTRUCCIONES AL REVERSO DE LA HOJA 2

LA PRIMA EN LA QUE SE DEBERA COTIZAR, SE DETERMINO CONSIDERANDO LA SINIESTRALIDAD DE LA EMPRESA Y EN VIRTUD DE QUE \_\_\_\_\_ SE REGISTRO SINIESTRALIDAD LABORAL \_\_\_\_\_ SE ANEXA AL PRESENTE LA 'RELACION DE CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS' COMO PARTE INTEGRANTE DEL MISMO. TAMBIEN SE CONSIDERO LA COMPARACION DE LA PRIMA RESULTANTE DE LA FORMULA EXPRESADA EN POR CIENTO, CON LA PRIMA ANTERIOR EN LA QUE SE VENIAN CUBRIENDO LAS CUOTAS AL MOMENTO DE LA REVISION. LA PRIMA PARA LA COBERTURA DE LAS CUOTAS DEL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO DETERMINADA, ESTARA VIGENTE A PARTIR DEL 1o. DE MARZO DE \_\_\_\_\_ Y HASTA EL ULTIMO DIA DE FEBRERO DE \_\_\_\_\_.

6 **ACREDITACION POR LA SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL**

SI  NO

7 **NOMBRE Y FIRMA DEL PATRON O SUJETO OBLIGADO O DE SU REPRESENTANTE LEGAL**

\_\_\_\_\_

CLEM/22

## INSTRUCCIONES DE LLENADO

- Esta Determinación se elaborará en original y copia (original para el IMSS, y la copia para el patrón).
- El llenado deberá realizarse utilizando exclusivamente máquina de escribir y empleando letras mayúsculas compactas.
- Se ocupará una casilla para cada letra o número. Ejemplo:

REGISTRO PATRONAL										D. V.						
C	1	6		2		3		0		1		1		0		3

- Se numerarán las hojas de que conste la Determinación, es decir, la cartúla del formulario siempre será "1" y por cada una de las que se utilicen para la Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados, se asignará número consecutivo. Ejemplo:

HOJA 1 DE 3

- Verificar que los datos proporcionados sean correctos, teniendo especial cuidado con los relativos a la identificación de la empresa, como son: registro patronal y nombre, denominación o razón social.
- La Determinación deberá contener nombre y firma del patrón o de su representante legal, así como el sello de la empresa, en caso de contar con él. Sin la firma el documento carece de validez; presentando tarjeta de identificación patronal y en su caso, copia certificada del acta notarial del representante legal que lo acredite para actos administrativos y para pleitos y cobranza.
- Esta Determinación se entregará durante el mes de febrero en la Oficina Administrativa del IMSS, que corresponda al patrón, atendiendo al domicilio del centro de trabajo. Esta misma Oficina será quien en su caso, dará respuesta al trámite.

1.- **FECHA DE ELABORACION.** Anote día, mes y año en que se elabora la Determinación, utilizando números arábigos (dos dígitos para el día y mes y cuatro para el año).

2.- **REGISTRO DE RECEPCION.** Para uso exclusivo del IMSS.

3.- **DATOS GENERALES DE LA EMPRESA.** Registre los datos que identifican a la empresa, de acuerdo a lo siguiente:

- REGISTRO PATRONAL. Anote el registro patronal que tenga asignado la empresa, que consta de diez dígitos, ya sea numérico o alfanumérico.
- DIGITO VERIFICADOR (D. V. ). Anote el número que tenga asignado la empresa, que consta de un dígito (dejar en blanco en caso de desconocerlo).
- NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL. Asiente el nombre, denominación o razón social de la empresa, tal como se tiene manifestado ante el IMSS.
- DOMICILIO Y TELEFONO. Registre el domicilio completo de la empresa, así como el número telefónico.
- ACTIVIDAD ECONOMICA O GIRO. Anote la actividad a que se dedica la empresa.
- CLASE DE RIESGO. Señale con número romano la clase de riesgo en la cual se encuentre clasificada la empresa ante el IMSS, para efectos del Seguro de Riesgos de Trabajo, que se identifica como I, II, III, IV o V, con fundamento en el Artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.
- FRACCION NUMERO. Anote el número de la fracción en la que se encuentre registrada la empresa ante el IMSS, la que puede constar de tres o cuatro dígitos, de acuerdo al Catálogo de Actividades contenido en el Artículo 196 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.
- PRIMA ANTERIOR. Asiente el valor de la prima con la que viene cubriendo sus cuotas en el Seguro de Riesgos de Trabajo.

4.- **DATOS BASE PARA DETERMINAR LA PRIMA.** Se anotarán los valores que correspondan a cada una de las variables que intervienen para determinar la prima, considerando la siniestralidad laboral registrada en la empresa durante el periodo de revisión. Los datos deberán asentarse de derecha a izquierda, adicionando ceros en las casillas que no se utilicen. Ejemplo:

0	0	0		2		8
---	---	---	--	---	--	---

- SINIESTRALIDAD LABORAL REGISTRADA EN LA EMPRESA DURANTE EL PERIODO DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE \_\_\_\_\_. Anote en el espacio en blanco los cuatro dígitos que identifiquen el año al que corresponde el periodo de revisión.
- TOTAL DE DIAS SUBSIDIADOS A CAUSA DE INCAPACIDAD TEMPORAL (S ). Anote la suma de los días subsidiados por riesgos de trabajo, otorgados a los trabajadores que sufrieron un accidente o enfermedad de trabajo. En este renglón se incluirán, también, los días subsidiados por recaídas que sufran los trabajadores. La información se obtendrá sumando el total de días amparados por certificados de incapacidad otorgados al trabajador, con motivo del accidente o enfermedad de trabajo, así como por recaídas.
- SUMA DE LOS PORCENTAJES DE LAS INCAPACIDADES PERMANENTES PARCIALES Y TOTALES, DIVIDIDOS ENTRE 100 (I ). Registre la suma de los porcentajes de las evaluaciones por incapacidad permanente parcial y total otorgados a los trabajadores durante el periodo de revisión, así como los porcentajes dictaminados con motivo de reevaluación y al resultado dividido entre 100, expresándolo en enteros y dos decimales. Tránsese de reevaluación dictaminada en el mismo periodo en que se otorgó la evaluación por incapacidad permanente, para efectos de determinar la suma de los porcentajes de ambas. Cuando la reevaluación se dicte en periodo diferente al de la evaluación inicial, sólo se considerará el porcentaje de reevaluación. Los datos deberán obtenerse del formato "Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo" (ST-3), emitido por el IMSS.
- NUMERO DE DEFUNCIONES (D ). Anote el número total de defunciones originadas por accidentes y enfermedades de trabajo durante el periodo de revisión. La información podrá obtenerse del documento denominado "Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo" (ST-3), emitido por el IMSS.
- NUMERO DE TRABAJADORES PROMEDIO EXPUESTOS AL RIESGO (N ). Anote el cociente que resulte de dividir el total de los días cotizados entre 365 días del año. Dicho cociente se expresará en enteros y un decimal. El total de días cotizados se obtiene sumando los días cotizados por todos los trabajadores de la empresa (hubieran o no sufrido un riesgo de trabajo) durante el año de cómputo, incluidos en las Cédulas de Determinación de Cuotas presentadas por el patrón al IMSS o en las Cédulas de Cuotas determinadas por el IMSS, o bien, en las nóminas o listas de raya correspondientes.
- FACTOR DE PRIMA (F ). Anote y aplique al desarrollar la fórmula actuarial establecida en el Artículo 72 de la Ley del Seguro Social, el factor de prima 2.3 y, si cuenta con un sistema de administración y seguridad en el trabajo acreditado por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, anote y aplique como factor de prima 2.2.
- PRIMA MINIMA DE RIESGO (M ). Anote y aplique en el desarrollo de la fórmula actuarial el 0.005, que es la prima mínima de riesgo.

**NOTA:** No se tomarán en cuenta para la siniestralidad de las empresas los accidentes que ocurren a los trabajadores al trasladarse de su domicilio al centro de labores o viceversa.

**PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS 14-54-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-11-20-584, O AL 1-800-475-23-93 DESDE ESTADOS UNIDOS. PARA INFORMACION, ORIENTACION Y QUEJAS, ACUDA A LA OFICINA ADMINISTRATIVA DEL I.M.S.S. QUE LE CORRESPONDA O LLAME A: LADÁ SIN COSTO 01-800-905-9600; VALLE DE MEXICO 52-41-02-45.**

5.- **RESULTADO DE LA DETERMINACION DE LA PRIMA.** Aplique y sustituya los valores de la fórmula de la prima, contenida en el Artículo 72 de la Ley del Seguro Social.

- **FORMULA:**

$$PRIMA = [(S/365) + V * (I + D)] * (F/N) + M$$

Donde:

- S = Total de los días subsidiados a causa de incapacidad temporal.
- / = Símbolo de división.
- 365 = Número de días naturales del año.
- V = 28 años, que es la duración promedio de vida activa de un individuo que no haya sido víctima de un accidente mortal o de incapacidad permanente total.
- I = Símbolo de multiplicación.
- J = Suma de los porcentajes de las incapacidades permanentes parciales y totales, divididos entre 100.
- D = Número de defunciones.
- F = Factor de prima.
- N = Número de trabajadores promedio expuestos al riesgo.
- M = Prima mínima de riesgo.

- **SUSTITUCION DE VALORES.** Anotar el resultado de cada una de las variables en los espacios en blanco.  

$$[( \quad / \quad ) / 365] + 28 * ( \quad + \quad ) * ( \quad / \quad ) + \quad$$

- **DESARROLLO.** Aplicar y despejar la fórmula de la prima para obtener su resultado, redondeando cada operación a ocho decimales.

- **RESULTADO.** Asentar la cantidad que se determinó del desarrollo de la fórmula y multiplicarla por 100, redondeándola a cinco decimales, el resultado obtenido será la prima expresada en por ciento, que servirá para comparar con la prima anterior y establecer si la prima con la que la empresa viene cubriendo sus cuotas, deberá permanecer igual, disminuir o aumentar.

- **NUEVA PRIMA.** Una vez comparada con la prima anterior, regístrala de derecha a izquierda, misma que será hasta de dos enteros y cinco decimales, adicionando ceros en las casillas que no se utilicen.

Para efectos de comparar la prima expresada en por ciento, contra la prima anterior y establecer si la nueva prima debe permanecer igual, disminuir o aumentar, se determinará conforme a lo siguiente: Si el valor obtenido de la prima expresada en por ciento es el mismo que la prima anterior, se eximirá a la empresa de la obligación de presentar la Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad. En caso de que sean diferentes, procederá asentar la nueva prima, aumentándola o disminuyéndola en una proporción no mayor al uno por ciento, con respecto a la prima del año anterior con que la empresa venía cubriendo sus cuotas al momento de la revisión.

Conforme al Artículo 74 de la Ley del Seguro Social, estas modificaciones no podrán exceder los límites fijados para la prima mínima y máxima, que serán de cero punto cinco por ciento y quince por ciento de los salarios base de cotización, respectivamente.

- **SINIESTRALIDAD DE LA EMPRESA.** Anote en los espacios en blanco ( si ) o ( no ) la empresa registró siniestralidad y según el caso, en el otro espacio anote ( si ) o ( no ) incluye la Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados.

- **VIGENCIA.** La nueva prima obtenida surtirá efectos a partir del 1o. de marzo del año siguiente a aquél en que concluyó el periodo computado y hasta el último día de febrero del año siguiente. Anote en los espacios en blanco los cuatro dígitos que identifiquen el año de inicio y término de la vigencia.

6.- **ACREDITACION POR LA STPS.** Si su empresa ya cuenta con un sistema de administración y seguridad en el trabajo acreditado por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, marque con una "X" en el cuadro correspondiente a SI, por lo que deberá aplicar como F (Factor de Prima) el 2.2 en el desarrollo de la fórmula actuarial para determinar la prima a cubrir en el seguro de riesgos de trabajo (anexar copia simple de la acreditación correspondiente y original para cotejo), de no ser así, marque en el cuadro correspondiente a NO y como F (Factor de Prima) deberá aplicar 2.3, en el desarrollo de la fórmula actuarial para determinar la prima a cubrir en el seguro de riesgos de trabajo, conforme a lo dispuesto en el Artículo 72 de la Ley del Seguro Social vigente.

7.- **NOMBRE Y FIRMA DEL PATRON O SUJETO OBLIGADO O DE SU REPRESENTANTE LEGAL.** Asiente el nombre completo y firma del patrón o sujeto obligado o de su representante legal.

**OBSERVACIONES GENERALES.** Se eximirá a la empresa de la obligación de presentar ante el IMSS, la Determinación, cuando:

- La nueva prima determinada resulte igual a la del periodo anterior.
- Se haya dado de alta ante el IMSS, o modificado su Actividad durante el periodo comprendido entre el 2 de enero al 31 de diciembre del año que corresponda (periodo de revisión).
- Exista una reanudación y conserve la misma actividad durante el periodo que se revisa y haya transcurrido un tiempo mayor a seis meses entre ésta y la fecha de la baja.

**IMPORTANTE.**

Conforme al Artículo 72 de la Ley del Seguro Social, último párrafo "Las empresas de menos de 10 trabajadores, podrán optar por presentar la declaración anual correspondiente o cubrir la prima media de la clase que les corresponda conforme al reglamento, de acuerdo al Artículo 73 de la Ley citada". El Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, en su Artículo 33, fracciones I, II y III, dispone los supuestos en los que el Instituto podrá rectificar o determinar la prima de un patrón, mediante resolución, que se notificará a éste o su representante legal. La Ley del Seguro Social en sus Artículos 304 A, fracción XV y 304 B, fracción III, disponen las infracciones y los importes de las sanciones, respectivamente, para patrones que estando obligados no presenten su Determinación, lo hagan extemporáneamente o con datos falsos o incompletos.

CONTINUAN INSTRUCCIONES AL REVERSO DE LA "RELACION DE CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS".



8

### RELACION DE CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS ( DURANTE EL PERIODO DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE \_\_\_\_\_ )

HOJA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

ANTES DE INICIAR EL LLENADO LEA LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO

**REGISTRO PATRONAL** **D.V.**

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL:** \_\_\_\_\_ **DOMICILIO Y TELEFONO:**

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION	NOMBRE DEL ASEGURADO	RECAIDA O REEVALUACION (★)	FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO			TIPO DE RIESGO	DIAS SUBSIDIADOS	PORCENTAJE DE INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL O TOTAL	DEFUNCION (D)	FECHA DE ALTA		
				AÑO	MES	DIA					AÑO	MES	DIA

C/EN/22A

ANOTE EN SU CASO: ( ★ ) SI SE TRATA DE RECAIDA O REEVALUACION: PARA TIPO DE RIESGO 1 = ACCIDENTE DE TRABAJO O 3 = ENFERMEDAD DE TRABAJO Y ( D ) SI SE TRATA DE DEFUNCION.

D.V. DIGITO VERIFICADOR

**INSTRUCCIONES DE LLENADO**

**OBSERVACION GENERAL.**

Cuando no se haya registrado siniestralidad en la empresa, no deberá incluir esta Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados a su Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad.

Esta Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados, se elaborará en original y copia (original para el IMSS y la copia para el patrón). En caso de que resulte insuficiente este formato, favor de reproducir en fotocopia el número de veces que se requiera.

- El llenado deberá realizarse utilizando exclusivamente máquina de escribir y empleando letras mayúsculas compactas.

- Se ocupará una casilla para cada letra o número. Ejemplo:

REGISTRO PATRONAL D. V.												
C	1	6	2	3	0	0	1	1	0	3		

**8.- RELACION DE CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS.**

Su llenado permitirá conocer, en forma detallada, el desglose de los accidentes y enfermedades de trabajo que, sin importar la fecha en que hayan ocurrido, terminaron dentro del periodo que se revisa.

El total de días subsidiados (variable "S"), porcentajes de valuaciones (variable "V") y defunciones (variable "D") deberán coincidir con los datos asentados en el punto 4 de la Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad.

- PERIODO DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE \_\_\_\_\_. Anote los cuatro dígitos que identifiquen el año que se está revisando.

- REGISTRO PATRONAL, DÍGITO VERIFICADOR, NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL, DOMICILIO Y TELEFONO. Asiente la información correspondiente, de acuerdo a lo señalado en el punto 3 de la Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad.

- NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL. Anote en orden progresivo, el número de seguridad social (que consta de diez números más el dígito verificador, este último dejar en blanco en caso de desconocimiento) de los trabajadores que sufrieron accidentes y/o enfermedades de trabajo, con alta médica durante el periodo de revisión, así como de los que tuvieron una recaída derivada de un accidente de trabajo o una revaluación de su incapacidad permanente parcial.

- CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION. Anote el número de la Clave Única de Registro de Población (que consta de dieciocho dígitos), de los trabajadores que sufrieron accidentes y/o enfermedades de trabajo.

- NOMBRE DEL ASEGURADO. Registre el nombre del asegurado a quien corresponda el número de seguridad social del punto anterior, iniciando con apellido paterno, materno y nombre(s).

- RECAIDA O REEVALUACION (\*). Anote asterisco cuando se trate de recaída o reevaluación.

- FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO. Asiente la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo o, a partir de la cual el trabajador haya quedado incapacitado con motivo de una enfermedad de trabajo. Utilice números arábigos (cuatro dígitos para el año y dos para el mes y día). Ejemplo:

AÑO	MES	DIA
2006	09	09

Tratándose de recaída o reevaluación, la fecha a registrar será precisamente la que determine tales circunstancias; es decir, no se considerará la fecha en que ocurrió el accidente o la enfermedad de trabajo que les dio origen.

- TIPO DE RIESGO. Registre la clave 1, si el caso corresponde a un accidente de trabajo y 3, si se trata de una enfermedad de trabajo.

- DIAS SUBSIDIADOS. Anote la suma de los días subsidiados por riesgos de trabajo, otorgados a los trabajadores que sufrieron un accidente o enfermedad de trabajo. En este renglón se incluirán, también, los días subsidiados por recaídas que sufran los trabajadores. La información se obtendrá sumando el total de días amparados por certificados de incapacidad temporal para el trabajo, otorgados al trabajador, con motivo del accidente o enfermedad de trabajo, así como por recaída.

- PORCENTAJE DE INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL O TOTAL. Señale el porcentaje de valuación otorgado como incapacidad permanente parcial o total, con motivo de las secuelas originadas por un accidente o enfermedad de trabajo.

Tratándose de una reevaluación, se registrará la diferencia que resulte entre el porcentaje de incapacidad permanente que se otorgó con motivo de la reevaluación dictaminada y la valuación otorgada con anterioridad.

- DEFUNCION. Anote la letra "D" si se trata de un accidente o enfermedad de trabajo que produjo la muerte del trabajador.

- FECHA DE ALTA. Registre la fecha de alta médica derivada del accidente o enfermedad de trabajo ocurrido al trabajador, utilizando números arábigos (cuatro dígitos para el año y dos para el mes y día). Ejemplo:

AÑO	MES	DIA
2006	08	21

**PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA Y/O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCION TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS 14-54-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 01-800-11-20-584, O AL 1-800-475-23-93 DESDE ESTADOS UNIDOS. PARA INFORMACION, ORIENTACION Y QUEJAS, ACUDA A LA OFICINA ADMINISTRATIVA DEL IMSS QUE LE CORRESPONDA O LLAME A: LADA SIN COSTO 01-800-905-9600; VALLE DE MEXICO 52-41-02-45.**

**CASOS PRACTICOS PARA EL DESARROLLO DE LA FORMULA DE LA PRIMA.**

**PASO 1. Conceptos, variables y cifras.** Con los datos correspondientes de una empresa (Con o Sin Acreditación de la STPS), ubicada en Clase IV, Fracción 309, con una prima anterior del 03.18550 y con la siniestralidad laboral registrada durante el periodo del 1o. de enero al 31 de diciembre de 2006, siendo:

CONCEPTOS	VARIABLES	CIFRAS	
		CON ACREDITACION DE LA STPS	SIN ACREDITACION DE LA STPS
Total de los días subsidiados a causa de incapacidad temporal.	S	484	484
Suma de los porcentajes de las incapacidades permanentes parciales y totales, divididos entre 100.	I	0.00	0.00
Número de defunciones.	D	0	0
Número de trabajadores promedio expuestos al riesgo.	N	743.0	743.0
28 años promedio de vida activa.	V	28	28
Factor de prima.	F	2.2	2.3
Prima mínima.	M	0.005	0.005
Número de días naturales del año.		365	365

**PASO 2.- Sustituir valores en la fórmula y efectuar operaciones, redondeando a ocho decimales.**

CON ACREDITACION DE LA STPS	SIN ACREDITACION DE LA STPS
$PRIMA = \left[ \left( \frac{S}{365} \right) \times V \times (1 + D) \right] \times (F/N) + M$ $= \left[ \left( \frac{484}{365} \right) \times 28 \times (0.00 + 0) \right] \times \left( \frac{2.2}{743.0} + 0.005 \right)$ $= \left[ 1.32602740 + 0.00 \right] \times \left( \frac{2.2}{743.0} + 0.005 \right)$ $= \left[ 1.32602740 \times 0.00296097 \right] + 0.005$ $PRIMA = 0.00392633 + 0.005$	$PRIMA = \left[ \left( \frac{S}{365} \right) \times V \times (1 + D) \right] \times (F/N) + M$ $= \left[ \left( \frac{484}{365} \right) \times 28 \times (0.00 + 0) \right] \times \left( \frac{2.3}{743.0} + 0.005 \right)$ $= \left[ 1.32602740 + 0.00 \right] \times \left( \frac{2.3}{743.0} + 0.005 \right)$ $= \left[ 1.32602740 \times 0.00309556 \right] + 0.005$ $PRIMA = 0.00410480 + 0.005$

**PASO 3.- Conversión a porcentaje.** Las primas así obtenidas se encuentran expresadas en números reales. Para expresarlas en por ciento, la cantidad obtenida de la aplicación de la fórmula, debe multiplicarse por 100, redondeando a cinco decimales, por lo tanto las cifras resultantes serán:

CON ACREDITACION DE LA STPS	SIN ACREDITACION DE LA STPS
PRIMA EN POR CIENTO = 0.00392633 X 100 = 03.892633 % (para comparar con la prima anterior)	PRIMA EN POR CIENTO = 0.00410480 X 100 = 04.10480 % (para comparar con la prima anterior)

**PASO 4.- Comparación con la prima del periodo anterior.**

- a) Comparar la prima en por ciento, obtenida según sea el caso: Con Acreditación 00.89263 % o Sin Acreditación 04.1048 %, como resultado de aplicar la fórmula del Artículo 72 de la Ley del Seguro Social, contra la prima con la que colizó en el periodo anterior 03.18550 %.
- b) Si, como en estos casos, las primas calculadas aplicando la fórmula del Artículo 72 de la Ley del Seguro Social, resultan inferiores a la prima del periodo anterior, éstas deberán disminuir sin exceder del 1 %.
- c) Los límites anuales para incremento o disminución de la prima del periodo anterior, en estos casos son:

	Limite anual superior de incremento (+ 1 %)	04.18550
Prima del periodo anterior		03.18550
	Limite anual inferior de disminución (- 1 %)	02.18550

- d) Como en ambos casos las primas calculadas exceden el límite inferior (el límite del 1 %), no podrán aplicarse éstas en forma directa.
- e) Para estos casos en particular, la NUEVA PRIMA CON QUE COTIZARÁ la empresa será 02.18550 % que corresponde a la disminución del 1 %.

Nótese que la NUEVA PRIMA CON QUE COTIZARÁ la empresa corresponde a un valor, incluso inferior a la prima media de Clase III (02.59840 %) y la empresa se encuentra ubicada en Clase IV.

- La cuota que se debe cubrir para el Seguro de Riesgos de Trabajo, se calcula como sigue:

Cuota de RT=  $\frac{100}{02.18550} \times \text{suma de los Salarios Base de Cotización}$

Cuota de RT=  $\frac{100}{02.18550} \times \text{suma de los Salarios Base de Cotización}$

Nota: La suma de los Salarios Base de Cotización se constituye con todos los salarios integrados de todos los trabajadores de una empresa por el periodo que se paga.

En el supuesto de que la prima resultante, calculada con la fórmula del Artículo 72 de la Ley del Seguro Social, hubiera sido de 03.96830 % (superior a la prima del periodo anterior, pero dentro de los límites señalados de incremento o disminución), esta misma prima resultante habría sido la NUEVA PRIMA CON QUE COTIZARÍA la empresa.