

2007

***Instructivo para la elaboración
y presentación de su***

***Determinación de la Prima en el
Seguro de Riesgos de Trabajo
Derivada de la Revisión Anual
de la Siniestralidad***

ÍNDICE

	PAGINA
Presentación	3
I. Aspectos generales a considerar para el llenado del formato.	4
II. Aspectos específicos a considerar para determinar la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo.	6
III. Aspectos relevantes a considerar para la presentación del formato.	8
IV. Formato "Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad".	9
V. Instrucciones de llenado.	12
VI. Casos prácticos para el desarrollo de la fórmula de la Prima.	20

PRESENTACIÓN

El Instituto Mexicano del Seguro Social elaboró el presente instructivo, con la finalidad de apoyar al sector patronal que cotiza en el Seguro de Riesgos de Trabajo, a cumplir con la obligación de revisar la siniestralidad de sus empresas y presentar a tiempo y con los datos correctos la ***“Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad”***, que contiene amplia y detalladamente el procedimiento a seguir para tal efecto.

I. ASPECTOS GENERALES A CONSIDERAR PARA EL LLENADO DEL FORMATO.

- La Ley del Seguro Social señala la obligación de los patrones en el sentido de revisar anualmente su siniestralidad, considerando como período de revisión la propia siniestralidad ocurrida del 1 de enero al 31 de diciembre, para presentar al Instituto Mexicano del Seguro Social durante el mes de febrero siguiente, los formatos que menciona el Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.
- La “Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad”, consta de Carátula y Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados.
- Obtenga su formato electrónico de la Determinación de la Prima ingresando a la página de Internet del Instituto **www.imss.gob.mx** o génerele mediante el SUA (Sistema Único de Autodeterminación) y envíelo por Internet a través de IDSE (IMSS desde su Empresa) o imprímalo en original y copia y preséntelo en la Oficina Administrativa que le corresponda.
- El Instituto continúa proporcionando formatos impresos en las Oficinas Administrativas, en cuyo caso, el llenado correspondiente deberá realizarse utilizando exclusivamente máquina de escribir y empleando letras en mayúscula compacta.
- 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

- Se numerarán las hojas de que conste la Determinación; es decir, la Carátula del formato 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 que se presente impresa en las Oficinas Administrativas, deberá contener nombre y firma del patrón o sujeto obligado 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**; además de lo anterior, presentará 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 cobranzas.

II. ASPECTOS ESPECÍFICOS A CONSIDERAR PARA DETERMINAR LA PRIMA EN EL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO.

- La información a declarar será aquella que corresponda a los casos de riesgos de trabajo terminados y sus consecuencias, como son: número de seguridad social, clave única de registro de población, nombre del asegurado, recaída o revaluación, fecha del accidente o enfermedad de trabajo, tipo de riesgo, días subsidiados por incapacidad temporal, porcentaje de valuación por incapacidad permanente parcial o total, defunción y fecha del alta médica, que hayan ocurrido durante el período de revisión, entendiéndose que un riesgo de trabajo ha terminado cuando el trabajador siniestrado sea dado de alta y sólo haya existido incapacidad temporal; se determine el inicio de una incapacidad permanente; o, sobrevenga la muerte.
- Para efectos de determinar la prima no se tomarán en cuenta para la siniestralidad de las empresas, los accidentes que ocurran a los trabajadores al trasladarse de su domicilio al centro de labores o viceversa.
- Cuando el trabajador que sufiere un riesgo de trabajo haya sido dado de alta y posteriormente sufra una recaída con motivo del mismo accidente, para efecto de determinar la prima, la recaída no se considerará como caso de riesgo de trabajo, pero sí se considerarán sus consecuencias, incidiendo únicamente para precisar el valor de la variable "S" (total de días subsidiados a causa de incapacidad temporal), que se menciona en el punto 4 de la Determinación.
- Cuando por la evolución del padecimiento se incremente el porcentaje de valuación de una incapacidad permanente parcial del trabajador (revaluación), para efecto de determinar la prima, tal incremento no se tomará como caso de riesgo de trabajo, incidiendo únicamente para precisar el valor de la variable "I" (suma de porcentajes de las incapacidades permanentes parciales y totales), que se menciona en el punto 4 de la misma Determinación.
- Cuando la empresa tenga asignados diversos números de registro patronal en un mismo municipio o en el Distrito Federal, para el cálculo de la prima se tomarán los riesgos de trabajo sufridos por todo el personal de la empresa en un mismo municipio o en el Distrito Federal. Tratándose de patrones personas físicas la información se presentará por cada registro patronal asignado.

- Si durante el período de revisión la empresa reanuda labores en la misma actividad, dentro del lapso de seis meses o menos, respecto a la fecha de la baja, deberá presentar la Determinación correspondiente; si el tiempo transcurrido entre la baja y la reanudación es mayor a seis meses, se eximirá a la empresa de presentar la Determinación.
- Cuando un patrón deje de tener trabajadores a su servicio durante más de seis meses y no haya comunicado baja patronal, al reanudar la relación obrero-patronal, será colocado en la prima media de la clase que corresponda a su actividad. Si el período fuera de seis meses o menos será colocado en la prima en que venía cubriendo sus cuotas, siempre y cuando conserve la misma actividad.
- Tratándose de empresas que cuenten con un registro patronal único, éstas deberán considerar la totalidad de la exposición al riesgo, así como la totalidad de los riesgos de trabajo terminados y sus consecuencias, sin importar la localidad en donde éstos se hayan presentado.

III. ASPECTOS RELEVANTES A CONSIDERAR PARA LA PRESENTACIÓN DEL FORMATO.

- Se eximirá a la empresa de la obligación de presentar ante el IMSS la “Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo Derivada de la Revisión Anual de la Siniestralidad”, cuando:
 - La nueva prima determinada resulte igual a la del período anterior.
 - Se haya dado de alta ante el IMSS o modificado su clasificación durante el período comprendido entre el 2 de enero y el 31 de diciembre del año que corresponda (período de revisión).
 - Exista una reanudación y conserve la misma actividad durante el período que se revisa y haya transcurrido un tiempo mayor a seis meses entre ésta y la fecha de la baja.
- La empresa que estando obligada a presentar ante el IMSS la Determinación respectiva durante el período establecido no lo hiciere, el IMSS le notificará de oficio el Dictamen de Determinación de la Prima en el Seguro de Riesgos de Trabajo.

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 que les corresponda conforme al reglamento, de acuerdo al artículo 73 de esta Ley”***.

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.

IV. FORMATO

***“DETERMINACION DE LA PRIMA EN EL SEGURO DE
RIESGOS DE TRABAJO DERIVADA DE LA
REVISION ANUAL DE LA SINIESTRALIDAD”***



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, RECALCULACION 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 _____

FECHA DE ELABORACION
 (1) _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

REGISTRO DE RECEPCION
 (2) _____ DEL 1. M. S. S.

ANTES DE INICIAR EL LLENADO LEA LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO

(3) DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

REGISTRO PATRONAL _____ D.V. _____	FRACCION NUMERO _____	PRIMA ANTERIOR _____
NOMBRE, DENOMINACION O RAZON SOCIAL: _____		
ACTIVIDAD ECONOMICA O GIRO: _____		
DOMICILIO Y TELEFONO: _____		

(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	S _____
SUMA DE PORCENTAJES DE LAS INCAPACIDADES PERMANENTES PARCIALES Y TOTALES, DIVIDIDOS ENTRE 100	I _____
NUMERO DE DEFUNCIONES	D _____
NUMERO DE TRABAJADORES PROMEDIO EXPUESTOS AL RIESGO	N _____
AÑOS PROMEDIO DE VIDA ACTIVA	V 2 8
FACTOR DE PRIMA	F _____
PRIMA MINIMA DE RIESGO	M _____
NUMERO DE DIAS NATURALES DEL AÑO	3 6 5

(5) RESULTADO DE LA DETERMINACION DE LA PRIMA

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

SUSTITUCION DE VALORES:
 PRIMA = (_____ / 365) + 28 * (_____) + 28 * (_____) + _____ = **RESULTADO** _____

DESARROLLO:
 PRIMA = [(_____) + 28 * (_____)] * (_____) + _____ = **RESULTADO** _____

RESULTADO: _____ X 100 = _____ = **NUEVA PRIMA:** _____ (OBTENIDA DE LA COMPARACION)

PRIMA EXPRESADA EN POR CIENTO Y PARA COMPARACION CON LA PRIMA ANTERIOR 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



RELACION DE CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS

(DURANTE EL PERIODO DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE _____)

8

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 TIPO DE TRABAJO	TIPO DE RIESGO	DIAS SUBS. DADOS	PORCENTAJE DE INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL	DEFINICION (D)	FECHA DE ALTA
				AÑO MES DIA					AÑO MES DIA

NOTA 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

IV. INSTRUCCIONES DE LLENADO.

- 1.- **FECHA DE ELABORACIÓN.** 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 RECEPCIÓN.** Para uso exclusivo del IMSS.
- 3.- **DATOS GENERALES DE LA EMPRESA.** Registre los datos que identifican a la empresa declarante ante el IMSS 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.
 - *DÍGITO VERIFICADOR (D. V.).* Anote el número que tenga asignado la empresa, el cual consta de un dígito (dejar en blanco en caso de desconocerlo).
 - *NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL.* Asiente el nombre, denominación o razón social de la empresa, tal como se tiene manifestado ante el IMSS.
 - *DOMICILIO Y TELÉFONO.* Registre el domicilio completo de la empresa, así como el número telefónico.
 - *ACTIVIDAD ECONÓMICA 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.
 - *FRACCIÓN NÚMERO.* 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 período 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 PERÍODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE _____.* Anote en el espacio en blanco los cuatro dígitos que identifiquen el año al que corresponde el período de revisión.
- *TOTAL DE DÍAS 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 recaída.

- *SUMA DE LOS PORCENTAJES DE LAS INCAPACIDADES PERMANENTES PARCIALES Y TOTALES, DIVIDIDOS ENTRE 100 (I).* Registre la suma de los porcentajes de las valuaciones por incapacidad permanente parcial y total otorgados a los trabajadores durante el período de revisión, así como los porcentajes dictaminados con motivo de revaluación y el resultado divídalo entre 100, expresándolo en enteros y dos decimales.

Tratándose de revaluación dictaminada en el mismo período en que se otorgó la valuación por incapacidad permanente, para efectos de determinar la prima, se considerará la suma de los porcentajes de ambas. Cuando la revaluación se dictamine en período diferente al de la valuación inicial, sólo se considerará el porcentaje de revaluación. Los datos deberán obtenerse del formato "Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo" (ST-3), emitido por el IMSS.

- *NÚMERO DE DEFUNCIONES (D)*. Anote el número total de defunciones originadas por accidentes y enfermedades de trabajo durante el período 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.
- *NÚMERO 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.

- *PROMEDIO DE VIDA ACTIVA (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.
- *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 MÍNIMA DE RIESGO (M)*. Anote y aplique al desarrollar la fórmula actuarial el **0.005**, que es la prima mínima de riesgo.
- 365. Número de días naturales del año.

5.- RESULTADO DE LA DETERMINACIÓN 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, considerando el valor de cada una de las variables descritas en el punto 4, conforme a lo siguiente:

– **FÓRMULA:**

$$\text{Prima} = [(S / 365) + V * (I + D)] * (F / N) + M$$

– **SUSTITUCIÓN DE VALORES:** Anotar el resultado de cada una de las variables en los espacios en blanco.

$$[(\quad / 365) + 28 * (\quad + \quad)] * (\quad / \quad) + 0.005$$

– **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 multiplíquela 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, regístrela de derecha a izquierda, misma que será hasta de dos enteros y cinco decimales, adicionando ceros en las casillas que no se utilicen. Ejemplo:

0	3	1	8	5	5	0
---	---	---	---	---	---	---

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 las primas 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 lo establece el artículo 74 de la Ley del Seguro Social, estas modificaciones no podrán exceder, además, 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**) se anexa la Relación de Casos de Riesgos de Trabajo Terminados.

- **VIGENCIA.** La nueva prima obtenida surtirá efectos a partir del 1 de marzo del año siguiente a aquél en que concluyó el período 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. Ejemplo:

1 de marzo de 2007 y hasta el último día de febrero de 2008.

6.- ACREDITACIÓN 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 PATRÓN O SUJETO OBLIGADO O DE SU REPRESENTANTE LEGAL. Asiente el nombre completo y firma del patrón o sujeto obligado 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.**

- 8.- RELACIÓN 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 período que se revisa.

El total de días subsidiados (variable "S"), porcentajes de valuaciones (variable "I") 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"

- *PERÍODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE _____.* Anote los cuatro dígitos que identifiquen el año que se está revisando.
- *REGISTRO PATRONAL, DÍGITO VERIFICADOR, NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL, DOMICILIO Y TELÉFONO.* 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".
- *NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL.* Anote en orden progresivo, el número de seguridad social (que consta de diez números más el dígito verificador, este último en caso de conocerlo) de los trabajadores que sufrieron accidentes y/o enfermedades de trabajo, con alta médica durante el período de revisión, así como de los que tuvieron una recaída derivada de un accidente de trabajo o una reevaluación de su incapacidad permanente parcial.

Ejemplo:

0176540175-5

- *CLAVE UNICA 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.

Ejemplo:

CAGE541009MDFBRS02

- *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).

- **RECAÍDA O REVALUACIÓN.** Anote asterisco (*), cuando se trate de recaída o revaluación.
- **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:

<u>AÑO</u>	<u>MES</u>	<u>DÍA</u>
2006	08	09

Tratándose de recaída o revaluación, 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.
- **DÍAS 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 revaluación, se registrará la diferencia que resulte entre el porcentaje de incapacidad permanente que se otorgue con motivo de la revaluación dictaminada y la valuación otorgada con anterioridad.

- *DEFUNCIÓN.* 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(a) al trabajador, utilizando números arábigos (cuatro dígitos para el año y dos para el mes y día). Ejemplo:

<u>AÑO</u>	<u>MES</u>	<u>DÍA</u>
2006	08	21

V. CASOS PRÁCTICOS PARA EL DESARROLLO DE LA FÓRMULA DE LA PRIMA.

PASO 1.

Siniestralidad laboral.

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 período del 1 de enero al 31 de diciembre de 2006, siendo:

CONCEPTOS	VARIABLES	CIFRAS	
		CON ACREDITACIÓN DE LA STPS	SIN ACREDITACIÓN 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
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 ACREDITACIÓN DE LA STPS

PRIMA

$$\begin{aligned} &= [(S / 365) + V * (I + D)] * (F / N) + M \\ &= [(484 / 365) + 28 * (0.00 + 0)] * (2.2 / 743.0) + 0.005 \\ &= [(1.32602740) + 28 * (0.00)] * (2.2 / 743.0) + 0.005 \\ &= [1.32602740 + 0.00] * (2.2 / 743.0) + 0.005 \\ &= [1.32602740] * (2.2 / 743.0) + 0.005 \\ &= (1.32602740 * 0.00296097) + 0.005 \\ &= 0.00392633 + 0.005 \end{aligned}$$

$$\text{PRIMA} = 0.00892633$$

SIN ACREDITACIÓN DE LA STPS

PRIMA

$$\begin{aligned} &= [(S / 365) + V * (I + D)] * (F / N) + M \\ &= [(484 / 365) + 28 * (0.00 + 0)] * (2.3 / 743.0) + 0.005 \\ &= [(1.32602740) + 28 * (0.00)] * (2.3 / 743.0) + 0.005 \\ &= [1.32602740 + 0.00] * (2.3 / 743.0) + 0.005 \\ &= [1.32602740] * (2.3 / 743.0) + 0.005 \\ &= (1.32602740 * 0.00309556) + 0.005 \\ &= 0.00410480 + 0.005 \end{aligned}$$

$$\text{PRIMA} = 0.00910480$$

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 ACREDITACIÓN DE LA STPS

$$\begin{aligned} \text{PRIMA EN POR CIENTO} &= 0.00892633 \times 100 \\ &= 0.89263\% \\ &\text{(para comparar con la prima anterior)} \end{aligned}$$

SIN ACREDITACIÓN DE LA STPS

$$\begin{aligned} \text{PRIMA EN POR CIENTO} &= 0.00910480 \times 100 \\ &= 0.91048\% \\ &\text{(para comparar con la prima anterior)} \end{aligned}$$

PASO 4.

Comparación con la prima del período anterior.

- a) Comparar la prima en por ciento, obtenida según sea el caso: Con Acreditación 00.89263 % o Sin Acreditación 00.91048 %, como resultado de aplicar la fórmula del artículo 72 de la Ley del Seguro Social.
- b) Contra la prima con la que cotizó en el período anterior 03.18550 %.
- c) 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 período anterior, éstas deberán disminuir sin exceder del 1 %.
- d) Los límites anuales para incremento o disminución de la prima del período anterior, en estos casos son:

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

- e) Como en ambos casos las primas calculadas exceden el límite inferior (el límite del 1 %), no podrán aplicarse éstas.
- f) 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 para la cobertura del Seguro de Riesgos de Trabajo se deba cubrir se calcula:

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

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

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 período que se paga.

En el supuesto de que la prima calculada con la fórmula del artículo 72 de la Ley del Seguro Social resultante hubiera sido de 03.96830 % por ejemplo (superior a la prima del período 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.

Para mayor información acuda o comuníquese a:

- Módulos de Orientación en la Oficina Administrativa que le corresponda.
- Servicios de Atención y Orientación Telefónica:
Lada sin costo 01 800 905 9600 y 5241 0245 en el D. F.
- Centro de Atención e Información al Contribuyente:
Lada sin costo 01 800 300 IMSS (4677) y 5238 2723 en el D. F.
- Correo electrónico atn.contribuyente@imss.gob.mx
- www.imss.gob.mx