



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES

SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES

ABRIL 2018





"NUEVO REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DE TRABAJO

E INVALIDEZ"



"NUEVO REGLAMENTO" APORTACIONES MAS IMPORTANTES



- Respeto a los derechos humanos, principio pro persona y diversidad de género (artículos 1, 2 y 3).
- Calificación de 20 a 5 días, no es necesario se sancione por los subcomités delegacionales, el médico de medicina del trabajo tendrá facultades para pronunciarse al respecto (artículo 19).
- Reducción de tiempos en los procedimientos de dictaminación por riesgos del trabajo e invalidez, en las Subdelegaciones de Prestaciones (artículos 19, 25, 29, 30, 38, 46, 47, 48, 65 y 68).
- Herramientas para las Subdelegaciones de Prestaciones y Médicos de Medicina del Trabajo (artículo 30 y 108).
- Implementación de resoluciones humanitarias, para casos de enfermedades terminales o en los que esté en peligro la vida de los trabajadores, que consiste en una dictaminación que reduce los tiempos de 52 semanas a tan solo 7 días, (artículos 52 párrafo tercero y 63 párrafo cuarto).
- Reconocimiento de estudios médicos ajenos al Instituto de otras instituciones de salud del gobierno o inclusive particulares (artículos 20 fracción VII, 37 párrafo tercero, 52 fracción párrafo segundo y 63 párrafo segundo).
- Calificación de riesgo laboral por desaparición forzada de servidores públicos, con ejecutoria de presunción de muerte (artículos 20 fracción IX y 104 inciso d).
- Señalamiento de territorialidad de Subcomités Delegacionales y Comité de Medicina del Trabajo (artículo 101 fracción V inciso e y 106 fracción V inciso a).
- Disposiciones claras para evitar conflicto de intereses (101 fracción V inciso d y 106 fracción V inciso c). Nueva organización de Comité de Medicina del Trabajo y Subcomités Delegacionales, considerando médicos especialistas de los diagnósticos más recurrentes (artículos 100 y 107).



"REDUCCIÓN DE TIEMPOS EN PROCEDIMIENTOS"



| ARTÍCULOS | DÍAS ANTERIOR REGLAMENTO | DÍAS NUEVO REGLAMENTO | AHORRO EN DÍAS | TIPO |
|--|-----------------------------|--------------------------|----------------|--------------------|
| 19 Calificación | 20 | NIDOS A | 15 | |
| 30 Dictaminación RT | 60 | 30 | 30 | |
| 38 Notificación | 15 | 10 | 5 | *RIESGO DE TRABAJO |
| 47 Revaloración | 30 | 15 | 15 | |
| 48 Remitir propuesta de dictamen | 20 | 10 | 10 | |
| 63 Dictaminación Inv | 60 | 30 | 30 | |
| 65 Remisión de expediente al CMT | 10 | 5 | 5 | *INVALIDEZ |
| 68 Notificación | 10 | 5 | 5 | |
| *RT | 145 | 70 | 75 | |
| *INV | 80 | 40 | 40 | |





RIESGOS DE TRABAJO Accidentes de trabajo, de trayecto y enfermedad de trabajo





FUNDAMENTO LEGAL

- ART. 123 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Apartado B, Fracción XI (Inciso B)
- Ley Federal del Trabajo.
- Artículos 1, 3, 56 y 57 de la Ley del ISSSTE.
- Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos de Trabajo e Invalidez del ISSSTE.







RIESGOS DE TRABAJO

Accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

ACCIDENTES DE TRABAJO

n orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que ar y el tiempo en que se preste.

Así como los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de su centro laboral a su vvienda



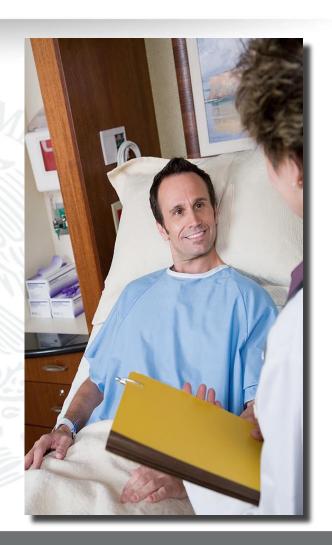


ENFERMEDAD DE TRABAJO

Estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.

FINALIDAD AL TRAMITAR UN RIESGO O ENFERMEDAD DE TRABAJO

VALORACIÓN DE SECUELAS LICENCIAS MÉDICAS







¿QUÉ HACER FRENTE A UN PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO?





1.- ¿QUÉ DEBE HACER LA DEPENDENCIA?



- ESTÁ OBLIGADA A DAR AVISO AL ISSSTE DEL
 PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO EN UN PLAZO NO MAYOR A 72 HORAS.
- ORIENTAR AL TRABAJADOR SOBRE EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR.
- ELABORAR INMEDIATAMENTE EL ACTA DE HECHOS.
- FACILITAR AL TRABAJADOR LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN ANEXAR A LA SOLICITUD DE CALIFICACIÓN.





2.- ¿QUÉ DEBE HACER EL TRABAJADOR?

- → PRESENTARSE DIRECTAMENTE AL DEPARTAMENTO DE PENSIONES PARA RECIBIR ORIENTACIÓN DEL TRÁMITE Y RECIBIR ASESORÍA PERSONALIZADA, SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROBABLE ACCIDENTE.
- TIENE 30 DÍAS HÁBILES PARA PRESENTAR LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR EL INSTITUTO.







- PUEDE AUTORIZAR A UN FAMILIAR O APODERADO LEGAL PARA DICHA GESTIÓN.
- PUEDE SOLICITAR EL DÍA 30, UNA PRORROGA POR 10 DÍAS HÁBILES MÁS.
- SI AL VENCER EL PLAZO DE LA PRÓRROGA AUN NO TIENE LOS DOCUMENTOS COMPLETOS, DEBE ENTREGAR LAS DOCUMENTALES QUE OBREN EN SU PODER.







| DELEGACIONES DEL ISSSTE EN EL DISTRTITO FEDERAL | DIRECCIÓN | DELEGACIONES QUE ATIENDEN |
|--|--|--|
| ZONA NORTE | JOSÉ MARÍA LA FRAGUA 16, COL. TABACALERA, CUAUHTÉMOC, MÉX. D.F. C.P. 06030 | CUAUHTÉMOC GUSTAVO A. MADERO |
| ZONA SUR | SAN FERNANDO 15, COL. TORIELLO GUERRA, TLALPAN MÉX. D.F. C.P. 15050 | BENITO JUÁREZ COYOACÁN MAGDALENA CONTRERAS MILPA ALTA TLAHUAC TLALPAN XOCHILCO |
| ZONA ORIENTE | AÑO DE JUÁREZ 238, COL. GRANJAS SAN ANTONIO, IZTAPALAPA MÉX. D.F. | IZTACALCO IZTAPALAPA VENUSTIANO CARRANZA |
| ZONA PONIENTE | PARQUE LIRA 156, COL. OBSERVATORIO MIGUEL HIDALGO, MÉX. D.F. C.P. 11860 | ÁLVARO OBREGÓN AZCAPOTZALCO CUAJIMALPA MIGUEL HIDALGO |
| ESTADO DE MÉXICO | PASEO TOLLOACÁN 319, TOLUCA CENTRO ESTADO DE MÉXICO C.P. 50149 | TODO LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE MÉXICO |





REQUISITOS PARA TRÁMITAR UN RIESGO DE TRABAJO

1. FORMATO RT-01

Correctamente llenado, con fotografía y firma del trabajador.

Lo firma el titular de Recursos Humanos o su equivelente, debe ser firmado por el titular y tener el sello oficial institucional.

| DISCRIPTION OF PRESENCIONS DEL SENTE SELECTION OF COURSE DEL SENTE SELECTION OF SECURITION OF COURSE DEL SENTE SELECTION OF SECURITION OF SECU | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|-------------------------------|--|-----------------------------|--|-------------|
| SERVICE COLON DE PRESENCIA DE LESTE SE LA CELEGAÇÃO CON PERSON DE DEL ALEYTO EL ESTE, SOLOTO LA CHEPADON TECNA DE RESSO DEL TRABAD DE DESCRIBO A CONTRIDA CON PERSON DE LA CALENTA ESTE ESTE ESTE ESTE OLOTO LA CHEPADON TECNA DE RESSO DEL TRABAD DE DESCRIBO A CONTRIDA TOMBRE CELEGAÇÃO COMPOSITOR C | | | | SOLICIT | UD DE CA | LIFICACIÓN | | Dia | Fecha |
| COLAMO DE LOS DE DESCRIPTO DE LA TEMPE ESSET. SOUCHO LA CALPERCIÓN TECNICA DEL RESSO DE. TRAMADORE: TIL TATORIO DEL TRAMADORE: TIL TRAMADORE: TIL TATORIO DEL TRAMADORE: TIL TRAMADORE: T | SUBDELEGADO (A | DE PRESTACI | ONES DEL ISSI | ITE . | | | | | |
| NORMANIA PRELIDO PATERNO APELLOD MATERNO NOLE NOLE | CON APEGO A LO | N DISPUESTO EN | LA LEY DEL IS | SSTE, SOLICITO L | A CALIFICACIÓN | TÉCNICA DEL RIESGO | DEL TRABAJO QU | E DESCRIBO A C | DNTINUAC |
| DOUCCO OSLE DE COMPO DE LE TRANSPORTE DE COM | 1.1 DATOS DEL TR | ABAJADOR: | | | | | | PARA USO D | EL TRABAJA |
| COLORS OLIVE | NOMBRE | APELLIDO PA | KTERNO | - W | APELLIDO | MATERNO | NON | BRE (S) | |
| CODISM CELESCORO UNACOPIO ENTODO FEDERATIVA | DOMICILIO PARTICULAR | CALLE | 9000 1000 740 | | 100 | Action (Control of Control of Con | NO EXTERIOR | 00000000 | NO INTER |
| TREEFORD CHANGED STRONG PERSONNEL TREEFORD TOURNEL TREEFORD T | 7 | | | | | | NO. EXTERIOR | -6 | NO. INICA |
| DOMER DEL FANCHUR INFORMATION DE LEVERO DE LEV | COLONIA | | | | | CÓDIGO POSTA | | TEI ÉEONO | |
| COMP STANDARDOR STANDA | DELEGACIÓN O M | UNICIPIO | | | 10 | NOMBRE DEL FAMILI | AR, REPRESENTA | | TORIZADI |
| PRESTO DE ROBERSO PECON PERON DE ROBERSO PECON PECON PECO | CURP | | шш | | Ш | EL TRABAJADOR EN S | U CASO. | | |
| RECHI E MORESIO FORMATI E MORESIO FORMATI MATURIO VESIFICITIO DI MORTINO MORTO FORMATI MATURIO VESIFICITI DI MORTINO MORTO FORMATI MATURIO VESIFICITI DI MORTINO MORTO FORMATI MATURIO MORTO FORMATI MATURIO MORTO FORMATI MATURIO MORTO FORMATI MATURIO MORTO FORMATI MORTINO FORMATI MATURIO MORTO FORMATI MORTINO FORMATI MORTIN | EDAD | Isexo | IH I | IM I | NO. DE EMPL | EADO | |] | |
| FERMA DE ROPEZONIA LESSTE FERMA DE LOCAZIONA | PUESTO | | III II V | | 10 | | | V HI | |
| HOMBOO GE MATURIO VESPERTRIO NOCTURIO MOTO JORNOO, HOMO, GE HOMO, | FECHA DE INGRES | 80 | | | | DESCRIPCIÓN DE A | CTMDADES | | |
| TRIBADITI (MULTINE) TRIBADICON (MULTINE) TRIBADICON (MULTINE) (MUL | | ZACIÓN AL ISS | STE | v. il vo | . 60 | S. Brewninger | | | word. |
| FECHA Y HORA SEA, ACCIDENTE O PRESMATE RICHO DE LA ENERNIZIONO ORANISMONIA EN DUE COURROS EL ACCIDENTE CRENARISMONIA DO DUE COURROS EL ACCIDENTE CRENARISMONIA DO DUE COURROS EL ACCIDENTE DE TRANSPECTO A SU DES TRANSPECTO EL ASU DE TRANSPECTO A SU ESTINA ESTINA DE TRANSPECTO A SU ESTINA ESTINA ACCIDENTATA ACCIDENTATA ACCIDENTATA ACCIDENTATA ACCIDENTATA ACCIDENTATA ACCIDENTATA ACCIDENTATA CONTROL CO | HORARIO DE A | MTUTINO | VESPERTING | NOCTURN | OTXIM O | | | | DE |
| AGENTES CONTAMENATES Y EL TEMPO DE EDPOSICIÓN A LOS MISIODS. ATENTAMENTES ACREMITAMENTES ACREMITAMENTES ACREMITAMENTES CONTROL DE L'ARPHACICIÓN CONTROL CONTRO | CIRCUNSTANCIAS | EN QUE OCUR | RIÓ EL ACCIDE | NTE TRAVECTO | | EN TRAYEC | TO A SU | TIEMPO | _ |
| KOMBREY PRIMA DEL TRADA-MODIE KOMBRE DE LA ESPRECISION COMPLIA COMPINIO CALLE NOMERO CANTRO CAN | CIRCUNSTANCIAS DEPENDENCIA | EN QUE OCUR COMIS | RIÓ EL ACCIDE | NTE EN TRAYECTO TRABAJO | A SU | DOMICILIO | | EXTRA | |
| KOMBREY PRIMA DEL TRADA-MODIE KOMBRE DE LA ESPRECISION COMPLIA COMPINIO CALLE NOMERO CANTRO CAN | CIRCUNSTANCIAS DEPENDENCIA DESCRIPCIÓN PRI | EN QUE OCUR COMIS | RIÓ EL ACCIDE | EN TRAYECTO TRABAJO | A SU | DOMICILIO | | EXTRA | DESCRIBE |
| KOMBREY PRIMA DEL TRADA-MODIE KOMBRE DE LA ESPRECISION COMPLIA COMPINIO CALLE NOMERO CANTRO CAN | CIRCUNSTANCIAS DEPENDENCIA DESCRIPCIÓN PRI | EN QUE OCUR COMIS | RIÓ EL ACCIDE | EN TRAYECTO TRABAJO | A SU | DOMICILIO | | EXTRA | DESCRIBI |
| NOMBRE DE LA OPPRIODINCIA DOMOCLO CALLE NOMERO ADERPOOR TOMORRO DE RAMO TOMORRO DE RAMO | DEPENDENCIA DESCRIPCIÓN PRI AGENTES CONTAN | EN QUE OCUR COMIS | RIÓ EL ACCIDE | EN TRAYECTO TRABAJO | A SU | DOMICILIO | | EXTRA | DESCREEN |
| COMMICUO CONTRO CONTRO O CONTR | CRCUNSTANCIAS DEPENDENCIA DESCRIPCIÓN PRI AGENTES CONTAN | COMIS COMIS COMIS CORA DE LA FO VINANTES Y EL | RIÓ EL ACCIDE IÓN DRIVA Y EL SITI TIEMPO DE EX | EN TRAYECTO TRABAJO | A SU | DOMICILIO | | EXTRA | DESCREE |
| DOMOLIO AGGCRIPCIÓN NOMERO NOMERO DE RAMO | CIRCUNSTANCIAS DEPENDENCIA DESCRIPCIÓN PRI AGENTES CONTA ATENTAMENTE: NOMBRE Y FIRMA | EN QUE OCUR COMIS CISA DE LA FO | RIÓ EL ACCIDE IÓN DRIMA Y EL SITT TIEMPO DE EX | EN TRAYECTO TRABAJO | A SU | DOMICILIO | | EXTRA | DESCREBI |
| CALLE NÚMERO NOMERO DE RAMO | CROUNSTANCIAS DEPENDENCIA DESCRIPCION PRI AGENTES CONTAI ATENTAMENTE: NOMBRE Y FIRMA 1.2 DATOS DE LA | EN QUE OCUR COMIS | RIÓ EL ACCIDE IÓN DRIMA Y EL SITT TIEMPO DE EX | EN TRAYECTO TRABAJO | A SU | DOMICILIO | | EXTRA | DESCRIBIT |
| | CIRCUNSTANCIAS DEPENDENCIA DESCRIPCION PRI AGENTES CONTAN ATENTAMENTE: NO MISRE Y FIRMA 1.2 DATOS DE LA IN NOMBRE DE LA DE | EN QUE OCUR COMIS | RIÓ EL ACCIDE IÓN DRIMA Y EL SITT TIEMPO DE EX | EN TRAYECTO TRABAJO | A SU | DOMICILIO E OCURRIO EL ACCID CENTRO | ENTE, ENCASOD | EXTRA | DESCRIBIT |
| | DEPENDENCIA DESCRIPCIÓN PRI AGENTES CONTA ATENTAMENTE: NOMBRE Y FRIMA 1.2 DATOS DE LA INOMBRE DE LA DE DOMICLIO | EN QUE OCUR COMIS ICIBA DE LA PE MINANTES Y EL DEL TRABAJAE DEPENDENCIA | RIÓ EL ACCIDE IÓN DRIMA Y EL SITT TIEMPO DE EX | NTE EN TRAYECTO TRABAJO D O AREA DE TRAE POSICIÓN A LOS S | A SU | DOMICILIO E OCURRIO EL ACCID CENTRO | ENTE. EN CASO D | EXTRA E ENFERMEDAD | DESCREEF |
| | CIRCUNSTANCIAS DEPENDENCIA DESCRIPCIÓN PRI AGENTES CONTA ATENTAMENTE: NOMBRE Y FIRMA 1.2 DATOS DE LA INOMBRE DE LA DE DOMICILIO | EN QUE OCUR COMIS ICIBA DE LA PE MINANTES Y EL DEL TRABAJAE DEPENDENCIA | RIÓ EL ACCIDE TON Y EL SITT TEMPO DE EN DOR O ENTIDAD: | NTE EN TRAYECTO TRABAJO D O AREA DE TRAE POSICIÓN A LOS S | D A SU SAND EN LOS GL | DOMICILIO E OCURRIO EL ACCID CENTRO | ENTE., EN CASO D | EXTRA E ENFERMEDAD | DESCRIBIT |
| JEFE INMEDIATO QUE TOMA CONDOMIENTO INICIAL DEL RIESGIO DEL | CIRCLINSTANCIAS DEPENDENCIA DEPENDENCIA DESCRIPCIONI PRI AGENTES CONTAN ATENTAMENTE: NOMERE Y FIRMA 1.2 DATOS DE LA IN NOMERE DE LA DE DOMICILO COLONIA JEFE INMEDIATO | EN QUE OCUR COMIS | RIÓ EL ACCIDE IÓN DRAM Y EL SITT TEMPO DE EX DOR O ENTIDAD: | NTE EN TRAYECTO TRABALO O PAREA DE TRAB POSICIÓN A LOS 1 NÚMERO MACIÓN O MUNICIPI | D A SU BAAD EN LOS OL MISMOS. | DOMICUO DOMICUO CENTRO ADGCRIPCIC | ENTE., EN CASO D | E ENFERMIDAD | DESCREEN |
| JEFE IMMEDIATO QUE TOMA CONDOMIENTO INICIAL DEL RIESDO DEL TRABAJO PUESTO | CIRCLINSTANCIAS DEPENDENCIA DESCRIPCIÓN I PRE AGENTES CONTA ATENTAMENTE: NOMBRE Y FINAL NOMBRE DE LA DE DOMICLIO COLONIA JEFE INMEDIATO TRABAJO | EN QUE OCUR COMIS | RIÓ EL ACCIDE IÓN DRAM Y EL SITT TEMPO DE EX DOR O ENTIDAD: | NTE EN TRAYECTO TRABALO O PAREA DE TRAB POSICIÓN A LOS 1 NÚMERO MACIÓN O MUNICIPI | BAJO ENLOS OL MISMOS. | DOMIGILIO E OCUPRO EL ACOD CENTRO ADSCRIPCIÓ CÓDIGO POSTI | ENTE., EN CASO D | E ENFERMIDAD | DESCREEN |
| TRABAJO MINISTRATOR MINISTRATO | CIRCLINSTANCIAS DEPENDENCIA DESCRIPCIÓN I PRE AGENTES CONTA ATENTAMENTE: NOMBRE Y FINAL NOMBRE DE LA DE DOMICLIO COLONIA JEFE INMEDIATO TRABAJO | EN QUE OCUR COMIS | RIÓ EL ACCIDE IÓN DRAM Y EL SITT TEMPO DE EX DOR O ENTIDAD: | NTE EN TRAYECTO TRABALO O PAREA DE TRAB POSICIÓN A LOS 1 NÚMERO MACIÓN O MUNICIPI | BAJO ENLOS OL MISMOS. | DOMIGILIO E OCUPRO EL ACOD CENTRO ADSCRIPCIÓ CÓDIGO POSTI | ENTE., EN CASO D | E ENFERMIDAD | DESCREEN |
| TRABAJO MINISTRATOR MINISTRATO | CIRCLINSTANCIAS DEPENDENCIA DESCRIPCIÓN I PRE AGENTES CONTA ATENTAMENTE: NOMBRE Y FINAL NOMBRE DE LA DE DOMICLIO COLONIA JEFE INMEDIATO TRABAJO | EN QUE OCUR COMIS | RIÓ EL ACCIDE IÓN DRAM Y EL SITT TEMPO DE EX DOR O ENTIDAD: | NTE EN TRAYECTO TRABALO O PAREA DE TRAB POSICIÓN A LOS 1 NÚMERO MACIÓN O MUNICIPI | BAJO ENLOS OL MISMOS. | DOMIGILIO E OCUPRO EL ACOD CENTRO ADSCRIPCIÓ CÓDIGO POSTI | ENTE., EN CASO D | E ENFERMIDAD | DESCRIBI |
| TRIANO 150,1592,6500 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | CRCUNSTANCIAS CEPENCENCIA DESCISIOCIÓN PRIM AGENTES CONTA ATESTAMBNTE: NOMBRE DE LA DI DOMIGUIO COLONIA JUE INMEDIATO FUESTO PUESTO | EN QUE OCUR COMIS COSA DE LA PE ANNANTES Y EL DEL TRABAJAR DEPENDENCIA PENDENCIA | RIÓ EL ACCIDE IÓN RIMA Y EL SITT TEMPO DE EX DOR O ENTIDAD: DELEC NOOMILATO I | NTE EN TRAVECTO TRABAJO TRABAJO TO A MER DE TRABAJO NUMERO NUMERO ALCÓN O MUNICIPAL DEL RESO | BAJO ENLOS OL MISMOS. | CENTRO ADSCRIPCIÓ CÓDIGO POSTA PLEADO. IL | ENTEL EN CASO D DL NOMERO | EXTRA E ENFERMEDAD DE RAMO TELÉFONO | ESFNTAN |
| 190AMO 1 50 DAYS 6000 1 | CRCUNSTANCIAS CEPENCENCIA DESCISIOCIÓN PRIM AGENTES CONTA ATESTAMBNTE: NOMBRE DE LA DI DOMIGUIO COLONIA JUE INMEDIATO FUESTO PUESTO | EN QUE OCUR COMIS COSA DE LA PE ANNANTES Y EL DEL TRABAJAR DEPENDENCIA PENDENCIA | RIÓ EL ACCIDE IÓN RIMA Y EL SITT TEMPO DE EX DOR O ENTIDAD: DELEC NOOMILATO I | NTE EN TRAVECTO TRABAJO TRABAJO TO A MER DE TRABAJO NUMERO NUMERO ALCÓN O MUNICIPAL DEL RESO | BAJO ENLOS OL MISMOS. | CENTRO ADSCRIPCIÓ CÓDIGO POSTA PLEADO. IL | ENTEL EN CASO D DL NOMERO | EXTRA E ENFERMEDAD DE RAMO TELÉFONO | ESENTAN |
| TRAMAO NO LIVELENO I | CROUNSTANCIAS DEPENDENCA DESCRIPCIÓN PRIMA ACENTES CONTA ATENTAMENTE: NOMBRE VI FRIMA 1.2 DATOS DE LA 1 DOMOCILIO COLONIA JUST INMEDIATO TAMBACIO PUESTO PUESTO | EN QUE OCUR COMIS COSA DE LA PE ANNANTES Y EL DEL TRABAJAR DEPENDENCIA PENDENCIA | RIÓ EL ACCIDE IÓN RIMA Y EL SITT TEMPO DE EX DOR O ENTIDAD: DELEC NOOMILATO I | NTE EN TRAVECTO TRABAJO TRABAJO TO A MER DE TRABAJO NUMERO NUMERO ALCÓN O MUNICIPAL DEL RESO | BAJO ENLOS OL MISMOS. | CENTRO ADSCRIPCIÓ CÓDIGO POSTA PLEADO. IL | ENTEL EN CASO D DL NOMERO | EXTRA E ENFERMIDAD DE RAMO TELÉFONO SEL | ESENTAN DEM |

| ISSSTE DETRUTO DE MORREMA DESTRUTO DESTRUTO DE MORREMA FORMATO | UD DE CALIFICA | ONES ECONÓMIC ACIÓN DE PROB | ABLE RIES | (AN | EXO 9) | MÉXIC COMMISSO DE LA MAS | CO |
|--|---|--|---|--|--|--|---|
| | | PARA USO | DEL MEDICO | DE MEDICI | NA DEL TRAB | MO | |
| DICTAMEN DE CALIFICACIÓN NATURALEZA DEL RIESG | 0 | | | CHA | | 1 | |
| ACCIDENTE CENTRO DE TRABAJO | | DIA | MES | ANO | HORA | | |
| ACCIDENTE CENTRO DE TRABAJO | 1 | | _ | _ | - | ł | |
| ACCIDENTE EN TRAVECTO | | 1 / / | | | | - | |
| ENFERMEDAD DE TRABAJO | | | | | | | |
| DEFUNCION | - 10 | A U | 70 | | | 1 | |
| | 1000 | PL- | - 0) | | | | |
| ECHA EN QUE SE PRESENTÓ POR PRIMER | A VEZ A LA ATE | ENCIÓN MÉDICA | | DIA | MES | OPA | HORA |
| ANTECEDENTES | 7 | WY N | | | - 4 | | N. |
| MARQUE CON U | NA "X" LO QUE | SE RELACIONA | ON EL PAL | ECIMIENT | DACTUAL | of land to | |
| ESTADO DE EMBRIAGUEZ | PRE | NARCOTICO O DI ESCRIPCIÓN MÉD NOCIMIENTO DE | ICA CON | LVO | | ASIONÓ UNA L ENCIONALMEN | |
| INTENTO DE SUICIDIO CAUSA EXTERNA | | RIÑA | | | AL CO | METER UN DE | LITO |
| NATURALEZA DE LA LESIÓN | - | | | | 10.0 | _ | |
| CONFORME A LOS ELEMENTOS APORTADOS Y AN DETALLAN COMO CAUSAS QUE FUNDAN Y MOTIVA | NALISIS DEL MEG AN LA GALIFIGAC | ANISMO REALIZADI ON DE PROCEDEN | D ENTRE EL. CIA O IMPRO | RIESGO OCI CEDENCIA I | JRRIDO Y EL DE PROFESIO | TRABAJO DESE | EMPEÑADO S |
| CONFORME A LOS ELEMENTOS APORTADOS Y AN DETALLAN COMO CAUSAS QUE FUNDAN Y MOTIVI | NALISIS DEL MEC AN LA CALIFICAC | ANISMO REALIZAD IÓN DE PROCEDEN | D ENTRE EL. CIA O IMPRO | RIESGO OCI CEDENCIA E | JRRIDO Y EL DE PROFESIO | TRABAJO DESE NALIDAD, LAS I | EMPEÑADO S BIGUIENTES: |
| DETALLAN COMO CAUSAS QUE FUNDAN Y MOTIVA | RABAJO SE C | CALIFICA COMO | 'SI DE | CEDENCIA E | DE PROFESIO | "NO DE TRABI | UO' |
| DETALIAN COMO CAUSAS QUE PUROMAY MOTIVA POR CONSIGUIENTE, EL RIESGO DEL T. LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICOL VED DE LA LEY DEL SESTE: 15 FACCON 1 Y 10 O LO ENTERIOR CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICOL VED DEL LEY PEDIDA. DE RESPONSABLE LOSGO SAMMON TRABAJADOR TENES 20 DAS ANTURALES PARA I TRABAJADOR TENES 20 DAS A | TRABAJO SE O JUNE 110 DE LA LI EL REGLAMENTO EGIJAMENTO PAR ETRAMITAR SU DE ECTAMINACIÓN E | CALIFICA COMO EY FEDERAL DE CO DE LAS DELEGAC NA LA DICTAMINAC DE SERVIDORES I SSACUERDO DE CO | "SI DE "SI DE "SI DE S TRABAJAC ONES DEL IS ON EN MATE | TRABAJO* TRABAJO* TRABAJO* TRABAJO* TRABAJO* TRABAJO* TRABAJO* | ERVICIO DEL 1,126 FRACC GOS DEL TR NEGATIVA I | "NO DE TRABI ESTADO: 56, 57, CON II, DEL REG MISAJO E INVAL | SB, 59, 60, 6 LAMENTO DE DEZ: 8 DEZ: |
| DETALIAN COMO CAUSAS QUE PUROMAY MOTIVA POR CONSIGUIENTE, EL RIESGO DEL T. LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICOL VED DE LA LEY DEL SESTE: 15 FACCON 1 Y 10 O LO ENTERIOR CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICOL VED DEL LEY PEDIDA. DE RESPONSABLE LOSGO SAMMON TRABAJADOR TENES 20 DAS ANTURALES PARA I TRABAJADOR TENES 20 DAS A | TRABAJO SE O JUNE 110 DE LA LI EL REGLAMENTO EGIJAMENTO PAR ETRAMITAR SU DE ECTAMINACIÓN E | CALIFICA COMO EY FEDERAL DE CO DE LAS DELEGAC NA LA DICTAMINAC DE SERVIDORES I SSACUERDO DE CO | "SI DE "SI DE "SI DE S TRABAJAC ONES DEL IS ON EN MATE | TRABAJO* TRABAJO* TRABAJO* TRABAJO* TRABAJO* TRABAJO* TRABAJO* | ERVICIO DEL 1,126 FRACC GOS DEL TR NEGATIVA I | "NO DE TRABI ESTADO: 56, 57, CON II, DEL REG MISAJO E INVAL | SB, 59, 60, 6 LAMENTO DE DEZ: 8 DEZ: |
| PETALIAN COMO CAUDAS QUE PARON Y MOTIVA POR CONSIGUIENTE, EL RIESSO DEL TI O TATITACION TON TURBARRATO EN LOS ARRICO. O TATITACION TON TURBARRATO EN LOS ELABORO. O TATITACION TURBARRATO EN LOS ELABORO. O TATITACION TON TURBARRATO EN LOS ELABORO. O TATITACION TURBARRATORIA DEL TATITACION TURBARRATORIA DEL TATITACION TURBARRATORIA. O TATITACION TURBARRATORIA DEL TATITACION TURBARRATORIA DEL TATITACION TURBARRATORIA DEL TATITACION TURBARRATORIA. O TATITACIONE TURBARRATORIA DEL TATITACION TURBARRATORIA DEL TURBARRATORIA DEL TURBARRATORIA DE | RABAJO SE C RABAJO SE C REGUMENTO EL REGUMENTO EL REGUMENTO EL REGUMENTO EL REGUMENTO EL REGUMENTO DI RESPONSAI DI RESPONSAI | CALIFICA COMC EY FEDERAL DE LC DE LAS DE LEGACO A LA DICTAMINAC NAME AND COMMON DE LOS DE LEGACO N MATERIA DE RIE | "SI DE STAMAJA". ONES DEL IN MATERIALICOS. E DINFORMIDAD. | ETRABAJO* TRABAJO* ORES AL SI SSTE: 83,13 ORES AL SI | ERVICIO DEL 11,126 FRACCIO 10,126 FR | "NO DE TRABI ESTADO: 56, 57, CON II, DEL REG MISAJO E INVAL | SIGUIENTES: |
| CONFORME, A LOS ELEMENTOS APORTACIOS Y AN ERETALAN COMO CAUSA DE PLACION Y MOTIVA POR CONSIGUIENTE, EL RIESGO DEL T CONMITERATORIO CON TUNCAMENTA DE LOS APORTACIO SENDO SINO MEDICA DEL TRANSPORTO DEL TANDO SENDO SINO MEDICA DEL TRANSPORTO DEL TRANSPORTO SENDO SINO MEDICA DEL TRANSPORTO DEL TRANSPORTO LIUGAR Y PECHA EN QUE SE ELABORO NOMBRE: CLAVE Y ERRIA DEL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRANSPORTO DEL CAL LEGIO DEL TRANSPORTO DEL CAL LEGIO DEL TRANSPORTO DEL MEDICO DE MEDICINA DEL TRANSPORTO DEL CAL LEGIO DEL DEPARTAMENTO DE PENSIO LEFE QUE DEPARTAMENTO DE PENSIO LEFE QUE LE LEFE DEPARTAMENTO DE LE LEFE DEPA | RABAJO SE CO TRABAJO SE CO LICOS 110 DE LA U ELE REGLAMENTO DE LA U ELE REGLAMENTO DE LA U TRATIVAS DE LI COTAMINACIÓN E D RESPONSAI FIGA. | CALIFICA COM EY FEDERAL DE IZ DE LAS DELEGACO EL A DE LAS DELEGACO EN ANTIFRA DE IZ SAGUERO DE CA SAGUERO SAGU | "SI DE SI TRABAJA" ONES DEL IX ONES DEL IX ONES DEL IX ONES DEL IX | ETRABAJO* ETRABAJO* ORIES AL SE SESTE: 63,13 RIA DE RIES N CASO DE O CON EL AR ARABAJO E IN | E PROFESIC | "NO DE TRABI ESTADO: 50, 57 DON II, DEL REG ABAJO E NIVAL POR QUACQUE DE LA LEY DEL | SIGUIENTE SIGNATE S |

NOTAS IMPORTANTE: EN CASO DE NEGATIVA POR CUALQUIER CAUSA, ESTE FORMATO DEBERÁ CONTENER LA FIRMA DEL DELEGADO.

*ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS





REQUISITOS PARA TRÁMITAR UN RIESGO DE TRABAJO

2. FORMATO RT-02

UNICAMENTE LO EXPIDE LA UNIDAD QUE DE LA PRIMERA ATENCION MEDICA Y SE LE DEBE ANEXAR HOJA DE PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA.

| CERTIFICADO MÉDICO INICIAL | |
|--|---|
| NOMBRE DEL PACIENTE; | |
| NATURALEZA DEL RIESGO UNIDAD MEDICA QUE EXPIDE CERTIFICADO MÉDICO INICIAL ACCIDENTE CENTRO DE TRABAJO ACCIDENTE EN COMISIÓN | |
| CODENTE EN TRAVECTO NFERMEDAD DE TRABAJO FECHA DIA MES ANO DIA MES ANO | DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS BOCIALES Y CULTURALES. |
| FECHA EN QUE SE PRESENTÓ POR PRIMERA VEZ A LA ATENCIÓN MÉDICA DÍA MES AÑO HORA. | ISSSTE DIRECCIÓN MÉDICA (ANEXO 2) MÉXICO ORRENTO RT-02 |
| ANTECEDENTES | LABORATORIO Y GABINETE |
| FECHA Y HORA IN OUR SE RECIBIO AL DIA MES ARO HORA MIN RIRA ALIENTO TATINOPONIALDAD OLI ALESON TOXICOS ESPECACIONA CON EL PADECIMIENTO ACTUAL TOXICOS TOXICOS TOXICOS ESTADO DE ESTADO DE ESPECAD BAJO EFECTO DE POR PRESCRIPCIÓN MEDICA | DIAGNOSTICO NOSOLOGICO |
| ADECIMIENTO ACTUAL | DIAGNOSTICO ETIOLOGICO |
| EXPLORACION FISICA (LESIONES ANATOMICAS). | DIAGNOSTICO ANATOMO FUNCIONAL |
| ISS STE | PRONOSTICO |
| ANVERSO | DIAS DE LICENCIA MÉDICA OTORGADOS DE DIA MES IANO A DIA MES IANO |
| | NOMBRE DEL MÉDICO APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) CEDULA PROFESIONAL |
| | FIRMA DEL MÉDICO |
| | C.C.P. TRABALIDOR DEPONDIÇÃO PRESENTE UNIDADES MEDICAS, PRESENTE SUBCLEGACIÓN MEDICA, PRESENTE SUBCLEGACIÓN MEDICA, PRESENTE SELLO UNIDA |

SUBDELEGADO DE PRESTACIONES. PRESENTE





REQUISITOS PARA TRÁMITAR UN RIESGO DE **TRABAJO**

3. FORMATO **RT-03 - A**

"EN CENTRO DE TRABAJO"

| RABAJA | ADOR: | | |
|--------|-------|----------|---------------------------------------|
| | RFC | TELÉFONO | DÍA MES AÑO FECHA DE SOLICITUD (RT01) |

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES. REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DEL TRABA. (CENTRO DE TRABA.JO)

REQUISITOS (ART. 13, 14 Y 15 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO DEBERA SOLIOTRA LA DOCUMENACIÓN QUE SE CONSIDERE INFORMADIA DEL TRABAJO DE DEBERA SOLIOTRA LA DOCUMENACIÓN QUE SE CONSIDERE INFORMADIA DEL PROPERTIE DE PROPERTIE DE

| l | | LOS DOCUMENTOS MARCADOS CON * SON OBLIGATORIOS. | |
|---|----|--|--|
| Ī | I. | | |
| | 1* | SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DEL TRABAJO (RT-01) (3 ORIGINALES) | |
| | 2* | ACTA ADMINISTRATIVA (CON 2 TESTIGOS QUE DEN FE DEL ACCIDENTE) | |
| | | CREDENCIAL DE ELECTOR (IFE) ORIGINAL Y COPIA | |
| | 4* | CERTIFICACIÓN DE SUELDOS Y HORARIO DE LABORES | |
| | 5 | TALÓN DE PAGO RECIENTE | |

DOCUMENTACIÓN 1, 2 Y 4 DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.

| 11 | | |
|----|---|------|
| 6* | CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02) | |
| | -FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIO AL PACIENTE -LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS | |
| 7 | NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS (EN SU CASO) . FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE | |
| 8 | COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS | |
| LA | DOCUMENTACIÓN 6, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE | TUVO |

| III. | | |
|------|--|---------|
| | AVERIGUACIÓN PREVIA (EN SU CASO) | |
| | DOCUMENTACIÓN SENALADA, DEBERA CONTENER FIRMA AUTOGRAFA Y SELLO DE LA AUTORIDAD MIN : TUVO CONOCIMIENTO DE LOS HECHOS, EN SU CASO | STERIAL |
| | CASO DE MUERTE DEL TRABAJADOR | 7 |
| | AVERIGUACIÓN PREVIA | |
| 11 | COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN | |
| | | |

ADEMÁS, SE DEBERÁ ENTREGAR, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN LOS



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALE

(ANEXO 6)

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL(LA):

PARA QUE EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 16 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ, PRESENTE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN UN PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE ESTA FECHA, QUEDANDO APERCIBIDO QUE LA OMISIÓN DE PRESENTACIÓN DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO. DEBERÁ SUBSANARSE EN UN TÉRMINO NO MAYOR A 10 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE A AQUÉL EN QUE CONCLUYA EL PRIMER PLAZO DE 10 DÍAS. DE LO CONTRARIO, EL ISSSTE LLEVARÁ A CABO EL ANÁLISIS INTEGRAL DEL CASO CON LOS DOCUMENTOS QUE TENGA A LA VISTA.



REVERSO





REQUISITOS PARA TRÁMITAR UN RIESGO **DE TRABAJO**

3. FORMATO **RT-03-B**

"EN COMISIÓN"

| LE DO | ISSSTE | REQUISITOS PARA EL |
|-------|--|--------------------|
| 30 | INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO | FORMATO RT-03 B |

RECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES. JISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO





| SUBDELE | GACIÓN DE PRESTACIONE | S EN: | |
|----------|-----------------------|------------------------|---------------------------------------|
| TRABAJAI | DOR: | | |
| | RFC | TELÉFONO | DIA MES AÑO FECHA DE SOLICITUD (RT01) |
| j. | NOMBRE DE FAMILIA | AR O REPRESENTANTE DEL | SOLICITANTE, EN SU CASO |

(ART, 13, 14 Y 15 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E RIVALIDEZ:

EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO DEBERÁ SOLICITAR LA DOCUMENACIÓN QUE SE CONSIDERE NECESARIA PARA EL CASO EN PARTICULAR LOS DOCUMENTOS MARCADOS CON "SON OBLIGATORIOS

| SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DEL TRABAJO (RT-01) (3 ORIGINALES) | |
|--|--|
| ACTA ADMINISTRATIVA (CON 2 TESTIGOS QUE DEN FE DEL ACCIDENTE) | |
| CREDENCIAL DE ELECTOR (IFE) ORIGINAL Y COPIA | |
| CERTIFICACIÓN DE SUELDOS Y HORARIO DE LABORES | |
| TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA | |
| CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO- ESTANCIA/ ESTANCIA-CENTRO DE TRABAJO Y CENTRO DE TRABAJO-ESTANCIA) | |
| TALÓN DE PAGO RECIENTE | |
| DOCUMENTACIÓN 1, 2, 4 Y 5, DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA NOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJA | QUE TUV |
| | ORIGINALES) ACTA ADMINISTRATIVA (CON 2 TESTIGOS QUE DEN FE DEL ACCIDENTE) CREDENCIAL DE ELECTOR (IFE) ORIGINAL Y COPIA CERTIFICACIÓN DE SUELDOS Y HORARIO DE LABORES TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO-DOMILICIO/ DOMICILIO- ESTANCIAL ESTANCIA-CENTRO DE TRABAJO Y CENTRO DE TRABAJO-ESTANCIA) TALÓN DE PAGO RECIENTE DOCUMENTACIÓN 1, 2, 4 Y, 5. DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA |

| 8.* | CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02) - FECHA Y HORA EN QUE SE RÉCIBIÓ AL PACIENTE -LESIÓN Y DIAS DE LICENCIAS MEDICAS OTORGADAS | |
|------|---|------|
| 9 | COPIA DE LICENCIAS MEDICAS | |
| 10. | NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIASFECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE | |
| DEL | DOCUMENTACIÓN DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMI PRESUNTO RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA. | ENTO |
| III. | | |
| 11. | AVERIGUACIÓN PREVIA (EN SU CASO) | |
| 12. | REPORTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL, EN SU CASO | |
| 13. | PARTE DE AMBULANCIA | |
| LA I | DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO III, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTOGRAFÁ Y SELLO D ORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRÉSUNTO RIESGO, EN SU CASO. | E LA |
| - | | , – |



IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR

- 14.* AVERIGUACIÓN PREVIA
- 15 COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCION 16. COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY
- 17. EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICA POST-MORTEM

ADEMÁS DEBERÁ ENTREGARSE, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN LOS APARTADOS I, II, Y III.

PARA QUE EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 16 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ, PRESENTE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN UN PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE ESTA FECHA, QUEDANDO APERCIBIDO QUE LA OMISIÓN DE PRESENTACIÓN DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO. DEBERÁ SUBSANARSE EN UN TÉRMINO NO MAYOR A 10 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE A AQUÉL EN QUE CONCLUYA EL PRIMER PLAZO DE 10 DÍAS. DE LO CONTRARIO, EL ISSSTE LLEVARÁ A CABO EL ANÁLISIS INTEGRAL DEL CASO CON LOS DOCUMENTOS QUE TENGA A LA VISTA







REQUISITOS PARA TRÁMITAR UN RIESGO DE **TRABAJO**

3. FORMATO **RT-03-C**

"EN TRAYECTO"

| 00 | т | c | c | c | ٠, | т | _ |
|---------------|---|---|---|-----|----|---|---|
| दरीका | Ţ | 5 | S | C |) | Ţ | Ė |
| 40) | | | | DK. | | | |
| $\overline{}$ | | | | | | | |

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES. REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO (COMISIÓN)

FORMATO RT-03 C



(ANEXO 8)



| BAJADOR: | | |
|----------|----------|---------------------------------------|
| RFC | TELÉFONO | DÍA MES AÑO FECHA DE SOLICITUD (RT01) |
| | | |

REQUISITOS

(ART. 13, 14 Y 15 DEL REGLAMENTO DE DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E

EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO DEBERÁ SOLICITAR LA DOCUMENACIÓN QUE SE CONSIDERE NECESARIA PARA EL CASO EN PARTICULAR LOS DOCUMENTOS MARCADOS CON * SON OBLIGATORIOS

| I. | | |
|-----|--|--|
| 1.* | SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DEL TRABAJO (RT-01) | |
| 2.* | ACTA ADMINISTRATIVA (CON 2 TESTIGOS QUE DEN FE DEL ACCIDENTE) | |
| 3.* | CREDENCIAL DE ELECTOR (IFE) ORIGINAL Y COPIA | |
| 4. | CERTIFICACIÓN DE SUELDOS Y HORARIO DE LABORES | |
| 5.* | OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN | |
| 6. | CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO | |
| 7. | CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN | |
| 8. | CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO TEMPORAL CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO · DOMICILIO TEMPORAL) | |
| 9. | TALÓN DE PAGO RECIENTE | |

LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN EL APARTADO I, EXCEPTO EL 3, DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.

| II. | | |
|------|---|------|
| 10.* | CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02) FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE LEBIÓN Y DÍAS DE LICIENCIAS MÉDICAS OTORGADAS | |
| 11. | COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS | |
| 12. | NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS. -FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE. | |
| | OCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO II, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTO CA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA. | RIDA |





13.* AVERIGUACIÓN PREVIA

14. EXAMENES QUÍMICO-TOXICOLÓGICOS

FORMATO RT-03 C

(ANEXO 8)



| | EXAMENES COMMICS-TOXICOEGGICGS | |
|-----|---|-------|
| 15. | PARTE DE LA POLICÍA FEDERAL PREVENTIVA (SECTOR CAMINOS) | |
| 16. | PARTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL | |
| 17. | PARTE DE AMBULANCIA | |
| | DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA Y SEI ORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO, EN SU CASO. | LO DE |
| Λ | POR MUERTE DEL TRABAJADOR | |
| | AVERIGUACIÓN PREVIA | |
| 19* | COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN | |

ADEMÁS, DEBERÁ ENTREGARSE, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN LOS

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL/LA):

COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY 21. EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICO POST-MORTEM

PARA QUE EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 16 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ, PRESENTE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN UN PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE ESTA FECHA, QUEDANDO APERCIBIDO QUE LA OMISIÓN DE PRESENTACIÓN DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERÁ SUBSANARSE EN UN TÉRMINO NO MAYOR A 10 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE A AQUÉL EN QUE CONCLUYA EL PRIMER PLAZO DE 10 DÍAS. DE LO CONTRARIO, EL ISSSTE LLEVARÁ A CABO EL ANÁLISIS INTEGRAL DEL CASO CON LOS DOCUMENTOS QUE TENGA A LA VISTA.

FIRMA DEL SOLICITANTE LUGAR Y FECHA DE ENTREGA DE NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE ENTREGA EL PRESENTE FORMATO SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN





4. ACTA ADMINISTRATIVA.







- 5. CONSTANCIA DE SUELDO.
- 6. TARJETA O REGISTRO DE CONTROL DE ASISTENCIA.
- 7. OFICIO QUE REFIERA EL PUESTO O ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL TRABAJADOR.
- 8. LICENCIAS MÉDICAS
- 9. TALON DE PAGO
- **10.** CURP







- 11. IDENTIFICACIÓN OFICIAL
- 12. COMPROBANTE DE DOMICILIO
- 13. UNA FOTOGRAFÍA TAMAÑO INFANTIL
- 14. CÉDULA DE DATOS







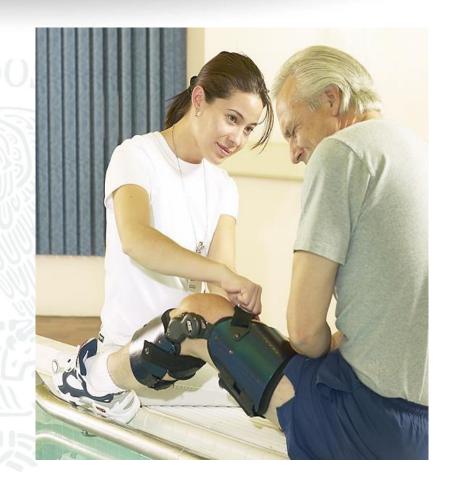






ART. 118 LEY DEL ISSSTE

- Existe invalidez cuando el trabajador haya quedado imposibilitado para procurarse mediante un trabajo.
- Derivado de una enfermedad o accidente no profesional.
- Inhabilitación física o mental por causas ajenas al empleo.









REQUISITOS

DEBE EXISTIR CERTIFICADO MÉDICO FINAL RT-09

- **♦** SOLICITUD
- CONSTANCIA DE SUELDOS
- CONSTANCIA DE ACTIVIDADES
- VIGENCIA DE DERECHOS
- TALÓN DE PAGO
- **♦ IDENTIFICACIÓN OFICIAL**
- CURP
- ACTA DE NACIMIENTO
- RFC
- COMPROBANTE DE DOMICILIO
- FOTOS CLÍNICAS





| INVALIDEZ | INICIA | ANTIGÜEDAD | PENSIÓN |
|--------------|-------------|------------|-------------|
| DÉCIMO | ELABORACIÓN | 15 AÑOS | SEGÚN |
| TRANSITORIO | RT-09 | | ANTIGÜEDAD |
| CUENTAS | ELABORACIÓN | 3 AÑOS | MÍNIMA |
| INDIVIDUALES | RT-09 | | GARANTIZADA |