MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES

SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES

ABRIL 2018

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

"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).**

- **C**alificación 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).**

- **R**educción 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).**

- **H**erramientas 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).**

- **S**eñalamiento de territorialidad de Subcomités Delegacionales y Comité de Medicina del Trabajo **(artículo 101 fracción V inciso e y 106 fracción V inciso a).**

- **D**isposiciones 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).**

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

"REDUCCIÓN DE TIEMPOS EN PROCEDIMIENTOS"

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

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

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

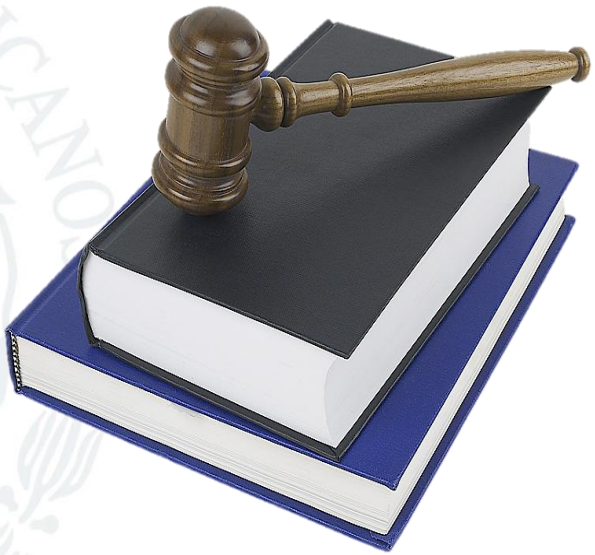
RIESGOS DE TRABAJO
Accidentes de trabajo, de trayecto y enfermedad de trabajo

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

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.



MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

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

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

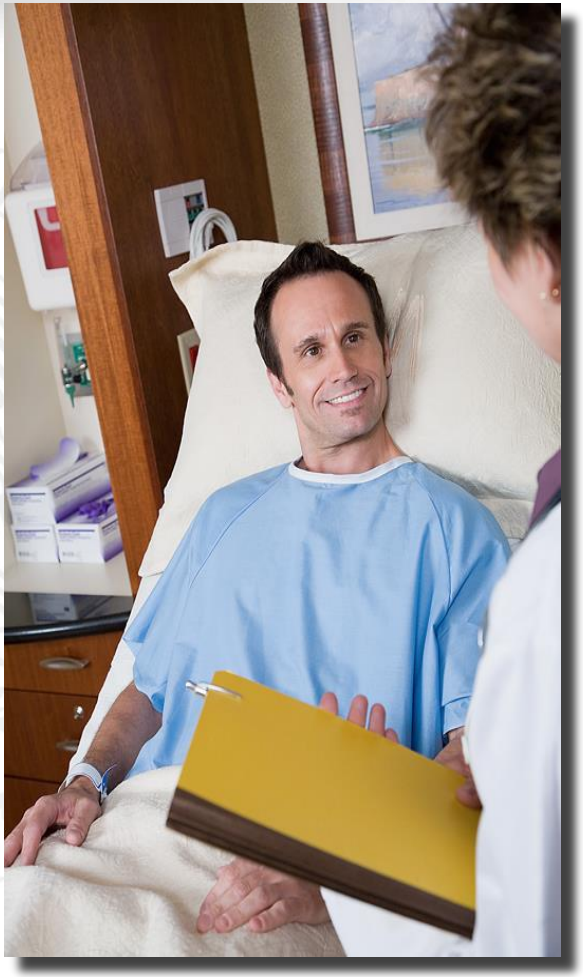
ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

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



MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

¿QUÉ HACER FRENTE A UN PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO?

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

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.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

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.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

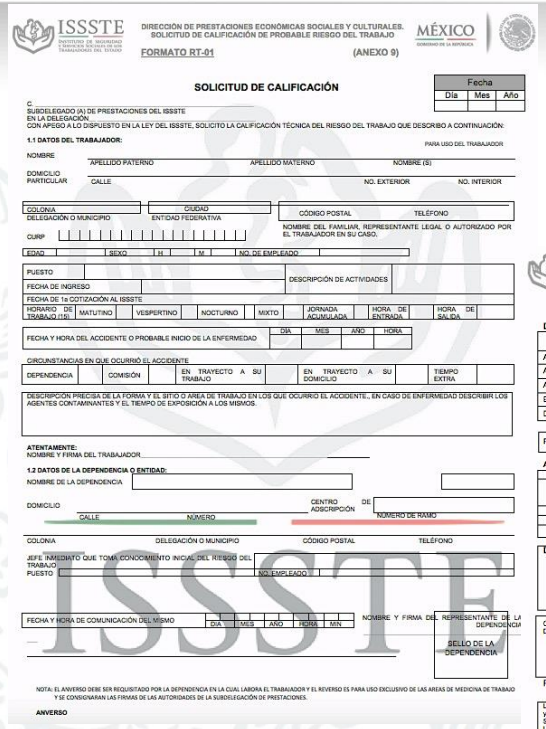
DELEGACIONES DEL ISSSTE EN EL DISTRTITO FEDERAL	DIRECCIÓN	DELEGACIONES QUE ATIENDEN
ZONA NORTE	JOSÉ MARÍA LA FRAGUA 16, COL. TABACALERA, CUAUHTÉMOC, MÉX. D.F. C.P. 06030	CUAUHTÉMOC GUSTAVO A. MADERO
ZONA SUR	SAN FERNANDO 15, COL. TORIELLO GUERRA, TLALPAN MÉX. D.F. C.P. 15050	BENITO JUÁREZ COYOACÁN MAGDALENA 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.



ISSSTE — DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES. SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DEL TRABAJO

FORMATO RT-01 (ANEXO 9)

SOLICITUD DE CALIFICACIÓN

Fecha: Día | Mes | Año

C.
SUBDELEGADO (A) DE PRESTACIONES DEL ISSSTE
EN LA DELEGACIÓN.
CON APEGO A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL ISSSTE, SOLICITO LA CALIFICACIÓN TÉCNICA DEL RIESGO DEL TRABAJO QUE DESCRIBO A CONTINUACIÓN:

1.1 DATOS DEL TRABAJADOR:

PARA USO DEL TRABAJADOR

NOMBRE: APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S)

DOMICILIO PARTICULAR: CALLE | NO. EXTERIOR | NO. INTERIOR

COLONIA DELEGACIÓN O MUNICIPIO | CIUDAD ENTIDAD FEDERATIVA | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO

NOMBRE DEL FAMILIAR, REPRESENTANTE LEGAL O AUTORIZADO POR EL TRABAJADOR EN SU CASO.

CURP

EDAD | SEXO | H | M | NO. DE EMPLEADO

PUESTO | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

FECHA DE INGRESO

FECHA DE 1a COTIZACIÓN AL ISSSTE

HORARIO DE TRABAJO (15) | MATUTINO | VESPERTINO | NOCTURNO | MIXTO | JORNADA ACUMULADA | HORA DE ENTRADA | HORA DE SALIDA

FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O PROBABLE INICIO DE LA ENFERMEDAD: DÍA | MES | AÑO | HORA

CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

DEPENDENCIA | COMISIÓN | EN TRAYECTO A SU TRABAJO | EN TRAYECTO A SU DOMICILIO | TIEMPO EXTRA

DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA Y EL SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN LOS QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE., EN CASO DE ENFERMEDAD DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN A LOS MISMOS.

ATENTAMENTE:
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

1.2 DATOS DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD:

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA

DOMICILIO: CALLE | NÚMERO | CENTRO DE ADSCRIPCIÓN DE | NÚMERO DE RAMO

COLONIA | DELEGACIÓN O MUNICIPIO | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO

JEFE INMEDIATO QUE TOMA CONOCIMIENTO INICIAL DEL RIESGO DEL TRABAJO
PUESTO | NO. EMPLEADO

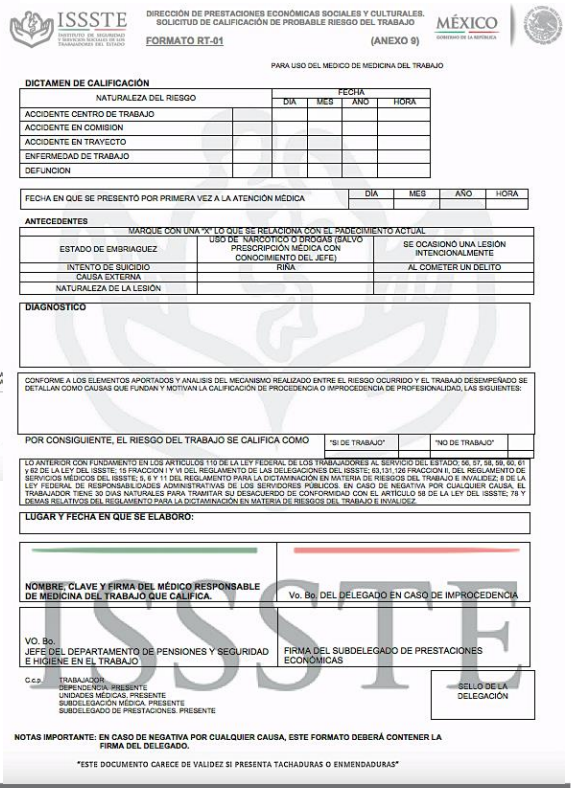
FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL MISMO: DÍA | MES | AÑO | HORA | MIN

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA DEPENDENCIA

SELLO DE LA DEPENDENCIA

NOTA: EL ANVERSO DEBE SER REQUISITADO POR LA DEPENDENCIA EN LA CUAL LABORA EL TRABAJADOR Y EL REVERSO ES PARA USO EXCLUSIVO DE LAS AREAS DE MEDICINA DE TRABAJO Y SE CONSIGNARAN LAS FIRMAS DE LAS AUTORIDADES DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES.

ANVERSO



ISSSTE — DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES. SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DEL TRABAJO

FORMATO RT-01 (ANEXO 9)

PARA USO DEL MEDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO

DICTAMEN DE CALIFICACIÓN

NATURALEZA DEL RIESGO		FECHA DÍA	MES	AÑO	HORA
ACCIDENTE CENTRO DE TRABAJO					
ACCIDENTE EN COMISION					
ACCIDENTE EN TRAYECTO					
ENFERMEDAD DE TRABAJO					
DEFUNCION					

FECHA EN QUE SE PRESENTÓ POR PRIMERA VEZ A LA ATENCIÓN MÉDICA: DÍA | MES | AÑO | HORA

ANTECEDENTES

MARQUE CON UNA "X" LO QUE SE RELACIONA CON EL PADECIMIENTO ACTUAL

ESTADO DE EMBRIAGUEZ	USO DE NARCOTICO O DROGAS (SALVO PRESCRIPCIÓN MÉDICA CON CONOCIMIENTO DEL JEFE)	SE OCASIONÓ UNA LESIÓN INTENCIONALMENTE
INTENTO DE SUICIDIO	RIÑA	AL COMETER UN DELITO
CAUSA EXTERNA		
NATURALEZA DE LA LESIÓN		

DIAGNOSTICO

CONFORME A LOS ELEMENTOS APORTADOS Y ANALISIS DEL MECANISMO REALIZADO ENTRE EL RIESGO OCURRIDO Y EL TRABAJO DESEMPEÑADO SE DETALLAN COMO CAUSAS QUE FUNDAN Y MOTIVAN LA CALIFICACIÓN DE PROCEDENCIA O IMPROCEDENCIA DE PROFESIONALIDAD, LAS SIGUIENTES:

POR CONSIGUIENTE, EL RIESGO DEL TRABAJO SE CALIFICA COMO: "SI DE TRABAJO" | "NO DE TRABAJO"

LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICULOS 110 DE LA LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO; 56, 57, 58, 59, 60, 61 y 62 DE LA LEY DEL ISSSTE; 15 FRACCION I Y VI DEL REGLAMENTO DE LAS DELEGACIONES DEL ISSSTE; 63,131,126 FRACCION II, DEL REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL ISSSTE; 5, 6 Y 11 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ; 8 DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS. EN CASO DE NEGATIVA POR CUALQUIER CAUSA, EL TRABAJADOR TIENE 30 DIAS NATURALES PARA TRAMITAR SU DESACUERDO DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 58 DE LA LEY DEL ISSSTE; 78 Y DEMAS RELATIVOS DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ.

LUGAR Y FECHA EN QUE SE ELABORÓ:

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO QUE CALIFICA. | Vo. Bo. DEL DELEGADO EN CASO DE IMPROCEDENCIA

VO. Bo.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES Y SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO | FIRMA DEL SUBDELEGADO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

C.c.p. TRABAJADOR
DEPENDENCIA, PRESENTE
UNIDADES MÉDICAS, PRESENTE
SUBDELEGACIÓN MÉDICA, PRESENTE
SUBDELEGADO DE PRESTACIONES, PRESENTE

SELLO DE LA DELEGACIÓN

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"

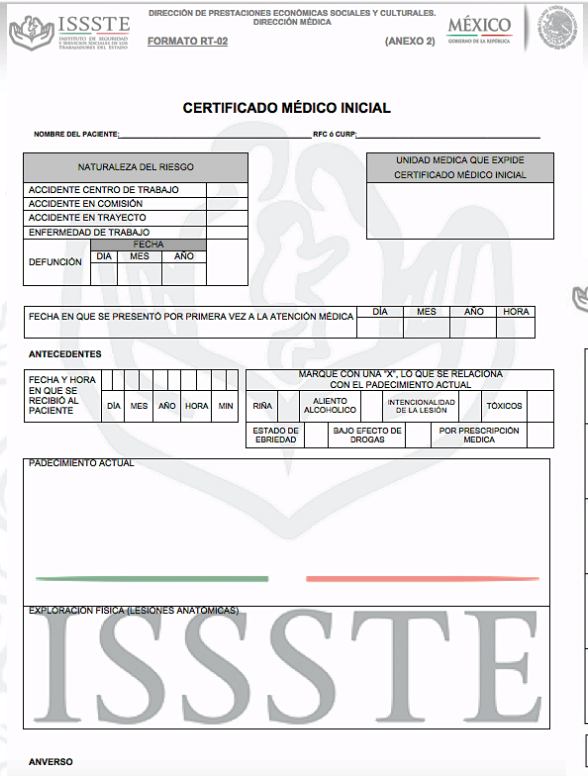
MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

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.



ISSSTE — DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES. DIRECCIÓN MÉDICA

FORMATO RT-02 (ANEXO 2) MÉXICO

CERTIFICADO MÉDICO INICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE:_____ RFC ó CURP:_____

NATURALEZA DEL RIESGO	
ACCIDENTE CENTRO DE TRABAJO	
ACCIDENTE EN COMISIÓN	
ACCIDENTE EN TRAYECTO	
ENFERMEDAD DE TRABAJO	
DEFUNCIÓN — FECHA: DÍA / MES / AÑO	

UNIDAD MEDICA QUE EXPIDE CERTIFICADO MÉDICO INICIAL

FECHA EN QUE SE PRESENTÓ POR PRIMERA VEZ A LA ATENCIÓN MÉDICA	DÍA	MES	AÑO	HORA

ANTECEDENTES

FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE	DÍA	MES	AÑO	HORA	MIN

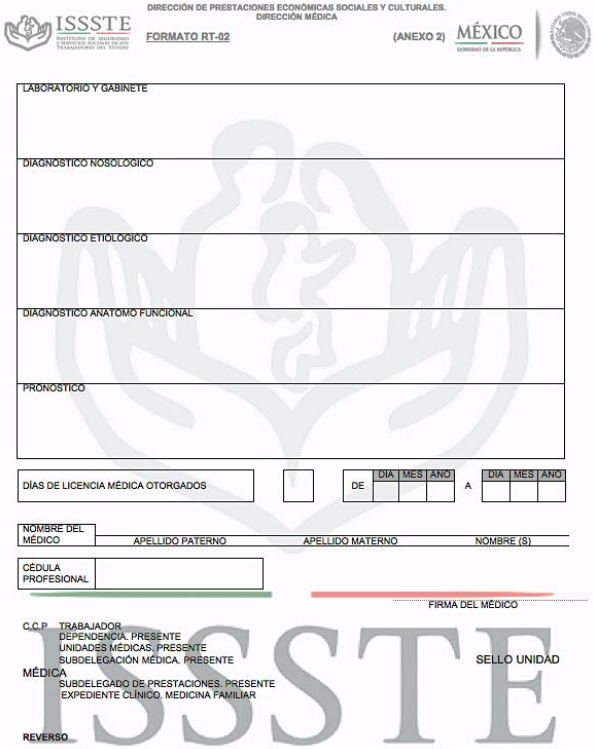
MARQUE CON UNA "X", LO QUE SE RELACIONA CON EL PADECIMIENTO ACTUAL

RIÑA		ALIENTO ALCOHÓLICO		INTENCIONALIDAD DE LA LESIÓN		TÓXICOS	
ESTADO DE EBRIEDAD		BAJO EFECTO DE DROGAS		POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA			

PADECIMIENTO ACTUAL

EXPLORACIÓN FÍSICA (LESIONES ANATÓMICAS)

ANVERSO



ISSSTE — DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES. DIRECCIÓN MÉDICA

FORMATO RT-02 (ANEXO 2) MÉXICO

LABORATORIO Y GABINETE

DIAGNOSTICO NOSOLOGICO

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

DIAGNOSTICO ANATOMO FUNCIONAL

PRONOSTICO

DÍAS DE LICENCIA MÉDICA OTORGADOS		DE	DÍA	MES	AÑO	A	DÍA	MES	AÑO

NOMBRE DEL MÉDICO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

CÉDULA PROFESIONAL	

FIRMA DEL MÉDICO

C.C.P. TRABAJADOR
DEPENDENCIA. PRESENTE
UNIDADES MÉDICAS. PRESENTE
SUBDELEGACIÓN MÉDICA. PRESENTE
MÉDICA
SUBDELEGADO DE PRESTACIONES. PRESENTE
EXPEDIENTE CLÍNICO. MEDICINA FAMILIAR

SELLO UNIDAD

REVERSO

REQUISITOS PARA TRÁMITAR UN RIESGO DE TRABAJO

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

"EN CENTRO DE TRABAJO"

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

FORMATO RT-03 A (ANEXO 6)

SUBDELEGACION DE PRESTACIONES EN: _____

TRABAJADOR: _____

RFC	TELÉFONO	DÍA / MES / AÑO FECHA DE SOLICITUD (RT01)

NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO

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 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) (3 ORIGINALES)	
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	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.

II

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 CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.

III.

9	AVERIGUACIÓN PREVIA (EN SU CASO)	

LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTOGRAFA Y SELLO DE LA AUTORIDAD MINISTERIAL QUE TUVO CONOCIMIENTO DE LOS HECHOS, EN SU CASO

IV EN CASO DE MUERTE DEL TRABAJADOR

10*	AVERIGUACIÓN PREVIA	
11	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
12	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY	
13	EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICA POST-MORTEM	

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

ANVERSO

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

FORMATO RT-03 A (ANEXO 6)

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL(LA):

C._____,

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 ESTE FORMATO DE REQUISITOS

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE ENTREGA EL PRESENTE FORMATO

SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

C.C.P. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

REVERSO

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

REQUISITOS PARA TRÁMITAR UN RIESGO DE TRABAJO

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

"EN COMISIÓN"

ISSSTE — DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES.
REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO (TRAYECTO)
FORMATO RT-03 B (ANEXO 7) — MÉXICO

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: _____

TRABAJADOR: _____

RFC	TELÉFONO	FECHA DE SOLICITUD (RT01) DIA / MES / AÑO

NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO

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 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) (3 ORIGINALES)	
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.	TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA	
6.	CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO-DOMILICIO/ DOMICILIO-ESTANCIA/ ESTANCIA-CENTRO DE TRABAJO Y CENTRO DE TRABAJO-ESTANCIA)	
7.	TALÓN DE PAGO RECIENTE	

LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 4 Y 5, DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.

II.

8.*	CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02) -FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE -LESIÓN Y DIAS DE LICENCIAS MEDICAS OTORGADAS	
9.	COPIA DE LICENCIAS MEDICAS	
10.	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS. -FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE	

LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.

III.

11.	AVERIGUACIÓN PREVIA (EN SU CASO)	
12.	REPORTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL, EN SU CASO	
13.	PARTE DE AMBULANCIA	

LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO III, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTOGRAFA Y SELLO DE LA AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO, EN SU CASO.

ANVERSO

ISSSTE — DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES.
REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO (TRAYECTO)
FORMATO RT-03 B (ANEXO 7) — MÉXICO

IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR

14.*	AVERIGUACIÓN PREVIA	
15	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
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.

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL(LA):
C._____.

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 ESTE FORMATO DE REQUISITOS

NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE ENTREGA EL PRESENTE FORMATO

SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

C.C.P. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

REVERSO

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

REQUISITOS PARA TRÁMITAR UN RIESGO DE TRABAJO

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

"EN TRAYECTO"

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

FORMATO RT-03 C (ANEXO 8) — MÉXICO

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: _____

TRABAJADOR: _____

RFC	TELÉFONO	DÍA / MES / AÑO — FECHA DE SOLICITUD (RT01)

NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO

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

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 -LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS 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.	

LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO II, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.

ANVERSO

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

FORMATO RT-03 C (ANEXO 8) — MÉXICO

III.

13.*	AVERIGUACIÓN PREVIA	
14.	EXAMENES QUÍMICO-TOXICOLÓGICOS	
15.	PARTE DE LA POLICÍA FEDERAL PREVENTIVA (SECTOR CAMINOS)	
16.	PARTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL	
17.	PARTE DE AMBULANCIA	

LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA Y SELLO DE LA AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO, EN SU CASO.

IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR

18*	AVERIGUACIÓN PREVIA	
19*	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
20	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY	
21.	EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICO POST-MORTEM	

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

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL(LA):
C._____

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 ESTE FORMATO DE REQUISITOS

NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE ENTREGA EL PRESENTE FORMATO

SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

REVERSO

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

4. ACTA ADMINISTRATIVA.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

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

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

11. IDENTIFICACIÓN OFICIAL

12. COMPROBANTE DE DOMICILIO

13. UNA FOTOGRAFÍA TAMAÑO INFANTIL

14. CÉDULA DE DATOS

INVALIDEZ

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

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.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

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 TRANSITORIO	ELABORACIÓN RT-09	15 AÑOS	SEGÚN ANTIGÜEDAD
CUENTAS INDIVIDUALES	ELABORACIÓN RT-09	3 AÑOS	MÍNIMA GARANTIZADA