

	Clave del Procedimiento: U400-DRHSRL-P07		Revisión: B	
	Elaboró: C. Mónica Soria Anguiano Subdirección de Relaciones Laborales Enlaces: C.P. José Antonio Rodríguez y Quiroz C. Alejandro González Franco Subdirección de Relaciones Laborales Asesoró: C.P. Alicia Guadalupe Penagos González L.A.E. Alejandro Hernández Núñez Analistas del Departamento de Organización		Fecha de validación: 03 de Julio del 2017	
	REVISADO Y APROBADO POR			
	ÁREA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Título: Procedimiento para obtener calificación técnica de riesgo de trabajo ante el ISSSTE.	Subcoordinación General Administrativo de SESEQ	C.P. Fernando Damián Ocegüera.		
	Dirección de Recursos Humanos.	L.A. Paola Ávalos Pérez		
	Dirección de Planeación	Lic. José Samuel García Sánchez.		
	Departamento de Organización, Desarrollo e Informática	Dra. Dulce María Ramírez Saavedra		

1.0 OBJETIVO

Gestionar de manera ágil y oportuna la documentación aportada por el trabajador y SESEQ, misma que fundamenta y motiva un accidente o enfermedad de trabajo y que tiene que ser calificada ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), quien analizará la procedencia o improcedencia del probable riesgo de trabajo.

2.0 ALCANCE

Aplica al trabajador de base, confianza, regularizado, formalizado y eventual estatal, así como médicos residentes adscritos a SESEQ, que tengan aplicado el descuento de la previsión social múltiple en los conceptos 02 y 04 del recibo de percepciones y deducciones (Seguro de Riesgos y Accidentes de Trabajo), como cotizaciones en favor del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

3.0 DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

Accidente de trabajo: Toda lesión orgánica o perturbación funcional sea inmediata o posterior, o en su caso, la muerte producida repentinamente en el ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se presente, así como aquellos que ocurran al trabajador al trasladarse directamente de su domicilio, en el trayecto, lugar en que desempeñe su trabajo, o viceversa.

Calificación Técnica: La determinación de la presencia o no de un riesgo del trabajo, como resultado del análisis de la relación causal entre el riesgo del trabajo o enfermedad profesional y la actividad

laboral del trabajador. Asimismo, el resultado deberá ser: a) “No de trabajo” (por no reconocimiento de la profesionalidad del riesgo), o “Si de Trabajo” (reconocimiento de la profesionalidad del riesgo).

CAMSHT: Comisión Auxiliar Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo de las Unidades Administrativas.

CCMSHT: Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

Comisión: Cuando el trabajador esté desempeñando su trabajo fuera de su unidad de adscripción, pudiendo ocurrir el hecho en el trayecto de la comisión o dentro del domicilio temporal donde se desarrollará ésta, siempre y cuando haya sido autorizada la comisión con el documento oficial.

CURP: Clave Única de Registro de Población.

Diagnóstico. Conclusión del médico tratante, resultante del juicio o valoración respecto a la determinación de la naturaleza de una enfermedad, por sus signos, síntomas y a la obtención de datos que arrojen los auxiliares de diagnóstico.

Dictamen. Resolución que surge en una sesión del Subcomité de Medicina del trabajo de la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE, donde plasma su decisión respecto a lo que esta calificando o valorando (Dictamen RT-01, Dictamen RT-09, Dictamen RT-04).

Dictamen Médico. Al emitido por personal médico especializado y validado por el comité o subcomité de medicina del trabajo en el formato RT-09 “certificado médico de invalidez por enfermedad o accidente ajeno al trabajo; de incapacidad total o parcial; defunción por riesgo de trabajo”, debidamente requisitado tanto en el anverso, como en el reverso, por las instancias correspondientes.

Dictamen Pericial de calificación de riesgo de trabajo (formato CMT-01) Documento oficial emitido por el ISSSTE en el que el perito tercero propuesto por el Instituto resolverá en definitiva la procedencia o no del riesgo de trabajo.

DMTSP del ISSSTE: Departamento de Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE que le corresponda de acuerdo al domicilio particular del trabajador que solicite calificación de un probable riesgo de trabajo.

Enfermedad profesional: La alteración en la salud del trabajador provocada por la exposición a agentes patógenos diversos y la actividad repetitiva realizada con motivo del trabajo.

Estudios de gabinete: Complemento diagnóstico del expediente clínico, integrado por los auxiliares del diagnóstico, electrónicos o electromecánicos realizados al paciente, (por ejemplo: estudios radiológicos, electrocardiografía, eco-cardiografía, electroencefalografía, electromiografía, tomografía axial computarizada, ultrasonografía, resonancia magnética nuclear, potenciales evocados ópticos y auditivos etc.).

EUP: Expediente Único de Personal.

Expediente administrativo: Registro cronológico integrado con los documentos que sustentan los trámites del trabajador ante la subdelegación de prestaciones del ISSSTE.

Expediente clínico: Registro médico cronológico de un paciente, elaborado en las unidades médicas del ISSSTE, según lo señalado en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Indemnización: Prestación otorgada por la ley al trabajador que se le ha reconocido la profesionalidad de un riesgo de trabajo y las secuelas subsecuentes.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.

LEAIGEQ: Ley Estatal de Acceso a la Información Gubernamental en el Estado de Querétaro.

Redssa. Red de Datos de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

Reglamento: Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos de Trabajo e Invalidez del ISSSTE.

Riesgo de trabajo: Se refiere a los probables accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que puede sufrir el trabajador a causa del desempeño de sus labores y que de acuerdo a su naturaleza pueden ocurrir en su centro de trabajo, en el trayecto o en comisión.

RRHUA: Responsable de Recursos Humanos de la Unidad Administrativa.

STD: Secretario Técnico Delegado de la **CCMSHT**.

Secretario Técnico: Persona que desarrolla las funciones correspondientes a la designación del Secretario Técnico de una CAMSHT (Unidades administrativas).

SESEQ: Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

Trayecto: Se considera así, al recorrido que efectúa el trabajador en sentido estricto de casa-estancia infantil- trabajo y viceversa.

Testigo: Es aquella persona que es capaz de dar fe de un acontecimiento por tener conocimiento del mismo. El testigo puede ser presencial (**de hecho**) o no presencial (**de dicho**, aquel que declara sobre algo que ha oído o le han contado).

Unidad Administrativa: Se cuenta con los siguientes órganos: Coordinación General, Subcoordinación General Médica, Subcoordinación General Administrativa, Dirección de Servicios de Salud, Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios, Dirección de Planeación, Dirección de Finanzas, Dirección de Recursos Humanos, Jurisdicciones y Hospitales. Asimismo SESEQ contará además con Subdirección de Adquisiciones, Centro Estatal de Salud Mental (CESAM), Centro Estatal de Transfusión Sanguínea (CETS), Unidad Estatal de hemodiálisis, Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP) y Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM), Centros de Salud, unidades fijas y móviles pertenecientes a SESEQ.

4.0 POLÍTICAS

- 4.1 La Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo (CCMSHT) y sus integrantes, son los encargados de dar a conocer entre el personal de las Unidades Administrativas, el presente procedimiento, así como promover la importancia de llevarlo a cabo ante algún riesgo de trabajo.
- 4.2 El trabajador que sufra un probable riesgo de trabajo deberá acudir de manera inmediata o mediata al servicio de urgencias o consulta externa del ISSSTE, para recibir atención médica y se le expida el formato RT-02 "Certificado Médico Inicial".
- 4.3 El trabajador que sufra un accidente de trabajo deberá dar aviso inmediato al superior jerárquico y al RRHUA, ya que ellos cuentan con un plazo de 72 horas posteriores al suceso para dar aviso al Instituto, de lo contrario se les fincarán las responsabilidades correspondientes en términos de ley.
- 4.4 Deberá notificarse de forma inmediata al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE) los probables riesgos de trabajo ocurridos a los trabajadores y darles apoyo para integrar a la brevedad el expediente administrativo, procediendo al llenado y recopilación de la documentación soporte que permita al interesado y a Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ) solicitar al ISSSTE la Calificación Técnica del Probable Riesgo de Trabajo sufrido y al ISSSTE calificar el accidente ó enfermedad de trabajo de acuerdo al análisis de los elementos aportados que fundamenten y motiven la procedencia o improcedencia de dicho riesgo.
- 4.5 El trabajador o sus familiares únicamente contarán con 30 días hábiles a partir del día siguiente a la fecha en que ocurre su riesgo de trabajo para solicitar y tramitar Calificación Técnica de Probable Riesgo de Trabajo, misma que da inicio con el RRHUA el cual procederá al llenado de los documentos requeridos, para ser presentados por el STD y/o trabajador ante Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE.
- 4.6 El RRHUA, la CAMSHT y/o la CCMSHT deberán brindar asesoría, orientación y apoyo a todo aquel trabajador que sufra un riesgo de trabajo para solicitar ante el ISSSTE la Calificación Técnica de Probable Riesgo de Trabajo.
- 4.7 La Subdirección de Relaciones Laborales dependiente de la Dirección de Recursos Humanos, está obligada a notificar al DMTSP del ISSSTE los probables riesgos de trabajo ocurridos a sus trabajadores a través del STD de la CCMSHT.
- 4.8 El ISSSTE es la única Dependencia facultada para emitir calificación técnica del probable riesgo de trabajo como "ACCIDENTE DE TRABAJO" o "ENFERMEDAD PROFESIONAL".
- 4.9 El STD de la CCMSHT y/o el trabajador que solicite calificación técnica, estarán al pendiente de solventar cualquier solicitud documental para la correcta integración del expediente medico-administrativo, por lo que en los probables accidentes y enfermedades profesionales,

el médico de medicina del trabajo delegacional solicitará los documentos pertinentes de acuerdo al padecimiento reclamado a fin de establecer la relación de causa-efecto, trabajo-daño, así mismo, el subcomité de medicina del trabajo puede solicitar a la unidad médica del Instituto la realización de estudios adicionales que a su consideración sean indispensables, a fin de contar con mayores elementos para ratificar o rectificar el proyecto de dictamen.

- 4.10** El área Central de Incidencias y los RRHUA, de ser necesario bajo la asesoría de la Subdirección de Relaciones Laborales y/o del STD de la CCMSHT, deberán notificar a las áreas respectivas se aplique oportunamente las indemnizaciones que por ley se otorguen a los trabajadores reconocidos con un riesgo de trabajo considerando para ello que el médico tratante deberá realizar las valoraciones médicas que estime necesarias, con la finalidad de que en un plazo de 52 semanas, contado a partir de la expedición de la primera licencia médica, emita el diagnóstico final del caso y si así lo amerita expedir el certificado médico RT-09 o en su defecto, elaborar el alta inmediata del trabajador. Si al concluir dicho término, el trabajador que se encuentra generando licencias médicas por la patología derivada del riesgo continúa con éstas, en base al previo dictamen médico, se prorrogará su tratamiento hasta por 52 semanas más, para que a su término, se proceda al alta definitiva o a la indemnización respectiva.

5.0 RESPONSABILIDADES

5.1 Responsable de Recursos Humanos en Unidad Administrativa (RRHUA) o de la CAMSST.

- 5.1.1** Notificar de manera inmediata los probables riesgos de trabajo sufridos por los trabajadores al STD de la CCMSHT, sea vía telefónica o a través de Redssa para cubrir el tiempo establecido por el Artículo 60 de la Ley del ISSSTE (dentro de los 3 primeros días en que se tiene conocimiento del hecho) y de manera mediata, ratificar la notificación mediante memorando.
- 5.1.2** Elaborar el Acta Administrativa por Probable Riesgo de Trabajo (anexo 8), documento en el cual debe relatarse el suceso en forma detallada en cuanto a tiempo-modo-lugar y en el cual deben intervenir el representante de la Institución, (para el caso de SESEQ), el trabajador que sufrió el riesgo de trabajo y 2 testigos de dicho y/o hecho.
- 5.1.3** Elaborar "Constancia de Servicios" (anexo 9), donde deberá especificar adscripción del trabajador, horario y jornada laboral, sueldo bruto mensual cotizante al ISSSTE, área de servicio y funciones que realiza.
- 5.1.4** Llenar, elaborar, sellar y solicitar los siguientes documentos para integrar el Expediente administrativo de probable riesgo de trabajo:
- Original de Acta Administrativa por Probable Riesgo de Trabajo (anexo 8).
 - Original de la Cédula de Identificación Inicial (anexo 7).
 - Original del RT-01. Solicitud de Calificación de Probable Riesgo de Trabajo.
 - Original del Formato RT-03. Requisitos para Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo, que según su naturaleza puede ser el de:
 - ✓ **RT-03 "A" Centro de trabajo.**
 - ✓ **RT-03 "B" Trayecto.**
 - ✓ **RT-03 "C" Comisión.**
 - Original de la Constancia de Servicios (anexo 9).
 - Copia legible de la "Tarjeta Rango de registro de asistencia", de la quincena en que ocurre el riesgo de trabajo.
 - Original del Formato RT-02 "certificado médico inicial" con firma del médico tratante y sello del ISSSTE.
 - Copia de credencial de identificación, preferiblemente del INE.

- Copia de la CURP.
- Copia de Comprobante de Domicilio.
- 5.1.5 Corroborar que los Expedientes administrativos de probable riesgo de trabajo cuenten con la documentación soporte completa, firmada y sellada, para enviarlos al STD de la CCMSHT en la Subdirección de Relaciones Laborales, cuidando que no rebase un total de 25 días hábiles a partir de la fecha del suceso. Lo anterior para darle tiempo al STD de realizar los trámites que le competen.
- 5.1.6 Informar al trabajador, una vez que ha sido entregado el Expediente administrativo de probable riesgo de trabajo en el ISSSTE, que debe acudir a la cita que el DMTSP del ISSSTE le ha agendado para que revisen su expediente, le ausculten, complementen los expedientes clínico - administrativo y entregue los estudios de gabinete.
- 5.1.7 Notificar al trabajador que una vez que ha sido calificado su Riesgo de Trabajo, acuda al DMTSP del ISSSTE, para que reciba el original de su Dictamen RT-01 y en caso de que su calificación técnica haya sido determinada como **“Sí de trabajo”**, solicite orientación para el tramite de valoración de secuelas o para que se dictamine su alta médica.
- 5.1.8 Notificar al trabajador que en los casos dictaminados como **“No de trabajo”**, improcedentes, con Alta Médica, ausencia de secuelas valuales o incapacidad permanente parcial, que a partir del momento de la notificación, sus licencias medicas se tomaran como enfermedad general.
- 5.1.9 Reportar al Área Central de Incidencias de la Dirección de Recursos Humanos, para que en conjunto lleven el control de licencias médicas en los casos dictaminados como **“Sí de Trabajo”** y se de seguimiento en caso de ser necesario a la aplicación de responsabilidad por incapacidades ante la Subdirección de Sistematización del Pago en los casos dictaminados como No de trabajo, Improcedentes, con Alta Médica, Ausencia de Secuelas o Incapacidad Permanente Parcial.

5.2 Secretario Técnico Delegado de la CCMSHT

- 5.2.1 Dar aviso de los riesgos ocurridos a los trabajadores de SESEQ con el Reporte de probable riesgo de trabajo (anexo 1), a la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE, dentro de los tres días siguientes al conocimiento del suceso, anexando para soporte el memorando de notificación emitido por los RRHUA o la CAMSHT.
- 5.2.2 Recibir del RRHUA, acusando de recibo el Expediente administrativo de probable riesgo de trabajo y revisar que se encuentre completamente integrado.
- 5.2.3 Solicitar al DMTSP del ISSSTE a través del Oficio de Solicitud de Dictamen (anexo 2), la calificación técnica del riesgo sufrido por el trabajador, anexando el Expediente administrativo de probable riesgo de trabajo.
- 5.2.4 Informar vía telefónica o por Redssa al RRHUA que concierna ó al trabajador accidentado, la fecha en que se entregó el Expediente administrativo de probable riesgo de trabajo en el ISSSTE y la fecha en la que el DMTSP del ISSSTE que corresponda a su domicilio particular le esta citando, con el fin de que entregue los estudios de gabinete, lo ausculten, le revisen y complementen el Expediente clínico-administrativo.
- 5.2.5 Informar a través de comunicado oficial al RRHUA para que a su vez informe al trabajador que la Dirección de Recursos Humanos ha sido notificada mediante la copia del Dictamen: RT-01, RT-04 ó RT-09, ó a través de Oficio, de la calificación de Sí o No de trabajo, alta médica, ausencia de secuelas valuales, incapacidad permanente parcial o la improcedencia del riesgo de trabajo, para que el interesado acuda a la DMTSP del ISSSTE a recibir el original del documento y así realice los trámites siguientes y obligatorios que a él convengan.

- 5.2.6 Anexar el Dictamen u oficio recibido con la respuesta al memorando elaborado y referido en el comunicado oficial y enviar al RRHUA con copia al área Central de Incidencias para que se lleve control estricto de las licencias médicas emitidas con posterioridad a las notificaciones y sobre todo en caso de ser **“no de trabajo”, “improcedente”, “alta médica”, “sin secuelas valiables”, o “asignación de incapacidad permanente parcial”**, se realice el trámite conducente ante la Subdirección de Sistematización del Pago y sea aplicada la responsabilidad por exceso de licencias médicas o pagos en demasía.

5.3 Trabajador.

- 5.3.1 Avisar inmediatamente al superior jerárquico de la ocurrencia de los probables riesgos de trabajo, salvo caso fortuito o fuerza mayor, de las causas justificadas que le impidan acudir al trabajo, conforme a lo previsto en el artículo 11 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado y en el diverso 134 Fracción V de la Ley Federal de Trabajo.
- 5.3.2 Dar inicio en base al Artículo 60 de la Ley del ISSSTE al trámite de solicitud de Calificación Técnica de Probable Riesgo de Trabajo en el DMTSP del ISSSTE que le corresponda de acuerdo a su domicilio particular, dentro de los treinta días hábiles siguientes a que haya ocurrido el evento, pudiendo solicitar asesoría y orientación al ISSSTE, al RRHUA, a la CAMSHT, o a la CCMSHT, sin olvidar que se trata de un trámite de carácter personal, por lo que deberá aportar los documentos e información indispensable y necesaria para la integración del expediente administrativo y solicitud de calificación, respectivamente.
- 5.3.3 Entregar, presentar, llenar y firmar dentro de los primeros 15 días naturales posteriores a la fecha del riesgo de trabajo en el área de Recursos Humanos la documentación soporte y la información personal y laboral que requieran los formatos que integran el Expediente administrativo:
- Presentar a los testigos, de dicho o hecho
 - Entregar copias legibles y/o originales de los requisitos que se establecen en el formato RT-03 de acuerdo a los requisitos del punto 5.1.4
- 5.3.4 Llevar el seguimiento de licencias médicas derivadas por la patología resultante del riesgo de trabajo y posteriores a la Calificación Técnica, a la improcedencia, las valoraciones de secuelas o alta médica, las cuales podrán continuar o no al pago del 100% del salario, de acuerdo al supuesto determinado por DMTSP del ISSSTE con el aval del Subcomité Delegacional.
- 5.3.5 Acudir a la cita en la fecha programada en el DMTSP del ISSSTE, una vez que se le informó por parte del RRHUA o el STD que su Expediente administrativo de probable riesgo de trabajo esta en el DMTSP del ISSSTE; para que una vez que acuda a ella, solicite revisión de su Expediente administrativo, le ausculten, complementen los expedientes tanto el clínico como el administrativo y entregue los estudios de gabinete, esto para aportar los elementos necesarios para que el Instituto determine la presencia o no de un riesgo de trabajo.
- 5.3.6 Consultar periódicamente ante el DMTSP del ISSSTE sobre el trámite de solicitud de Calificación Técnica de Probable Riesgo de Trabajo, con la finalidad de integrar completamente la documentación con los elementos necesarios para el expediente clínico – administrativo, de acuerdo a los tiempos establecidos por el médico de medicina del trabajo delegacional.
- 5.3.7 Acudir al DMTSP del ISSSTE, para recoger el original de su Calificación Técnica de Probable Riesgo de Trabajo y para que se le oriente sobre el trámite de valoración de secuelas en los periodos de los 3, 6 y 9 meses siguientes a la fecha del riesgo, o para que se le otorgue alta médica, o bien proceda a continuar con el recurso de inconformidad, según corresponda y de acuerdo a lo que establece el Reglamento.

- 5.3.8 Dar seguimiento al trámite de Solicitud de Calificación Técnica de Probable Riesgo de Trabajo durante todo el procedimiento: desde el inicio, calificación, valoración de secuelas, alta médica o pago de indemnización derivada por la lesión reconocida; Asimismo debe responsabilizarse del contenido personal y en cuanto a tiempo-modo-lugar del suceso asentado en la documentación y por consiguiente del resultado concluyente del proceso.

6.0 PROCEDIMIENTOS O DOCUMENTOS RELACIONADOS

U400-DRHSRL-P16 Procedimiento para Integración y Control del Expediente Único de Personal.
U460-DF-P01 Procedimiento para el ejercicio del presupuesto.
Anexo 1. Reporte de probable riesgo de trabajo.
Anexo 2. Oficio de solicitud de Dictamen.
Anexo 3. RT-01. Solicitud de Calificación de Probable Riesgo de Trabajo.
Anexo 4. RT-03. A. Requisitos para Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo. Centro de trabajo.
Anexo 5. RT-03 B: Requisitos para Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo. Trayecto.
Anexo 6. RT-03 C. Requisitos para Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo. Comisión.
Anexo 7. Cédula de identificación Inicial.
Anexo 8. Acta Administrativa por Probable Riesgo de Trabajo.
Anexo 9. Constancia de servicios.
Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos de Trabajo e Invalidez del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
Formato "RT-02": Certificado Médico Inicial. (Lo expide el ISSSTE).
Oficio de notificación de improcedencia.
Tarjeta Rango de registro de asistencia.
Dictamen RT-01, Si de trabajo o No de trabajo o Improcedente.
Dictamen RT-09, de valoración de Secuelas.
Dictamen RT-04, alta médica

7.0 REFERENCIAS

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Querétaro.
Ley de la Administración Pública Paraestatal del Estado de Querétaro.
Ley para el Manejo de los Recursos Públicos del Estado de Querétaro.
Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Querétaro.
Ley de los Trabajadores del Estado de Querétaro.
Decreto que crea el Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).
Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, denominado "Servicios de Salud del Estado de Querétaro" (SESEQ).
Manual de Organización General de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.
Condiciones Generales de Trabajo (Vigentes).
Acuerdo 24.1315.2008 de la Junta Directiva, relativo al Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos del Trabajo e Invalidez del Instituto de Seguridad, Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

8.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

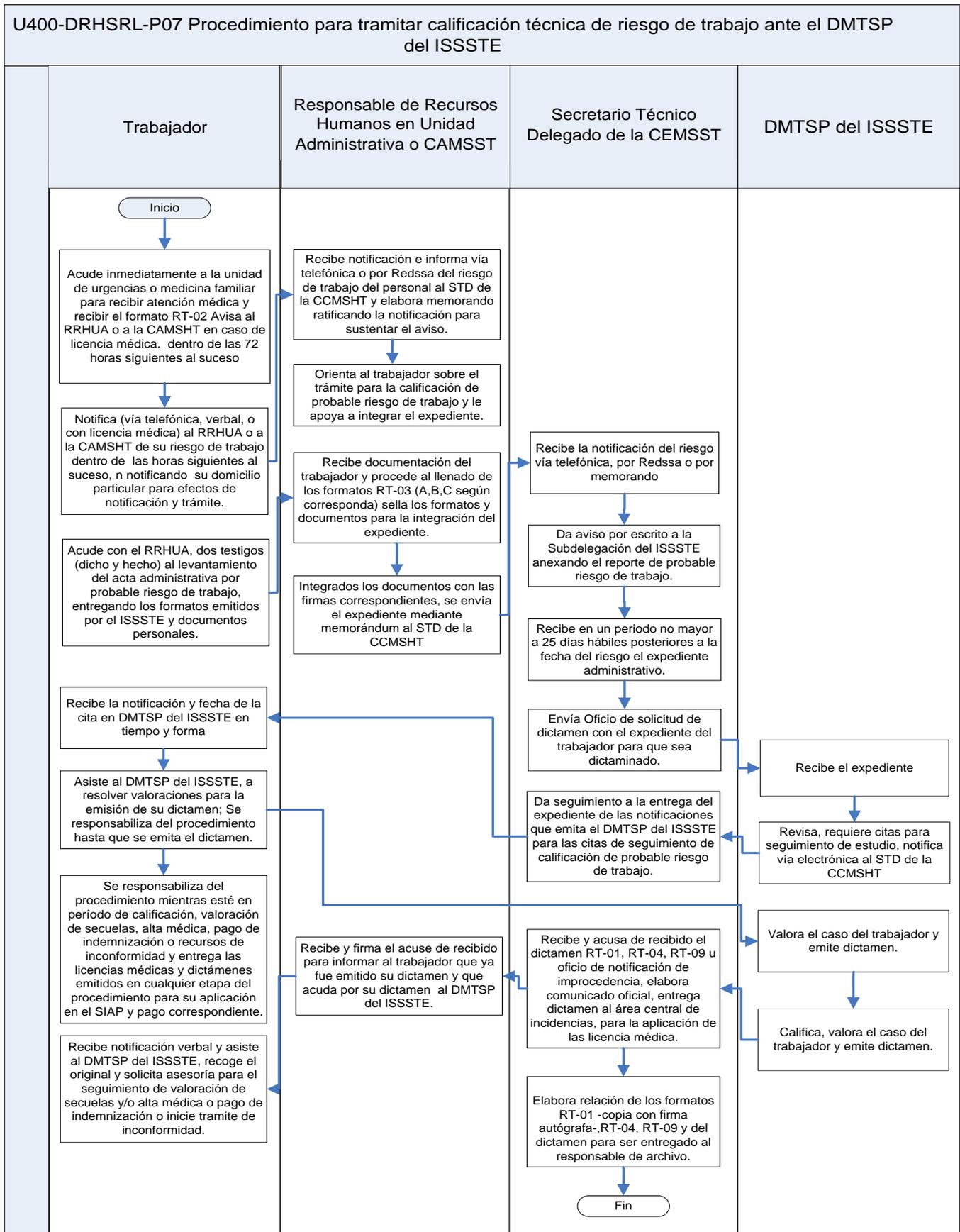
8.1 Procedimiento para tramitar calificación técnica de riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

RESPONSABLE	No. Act.	DESCRIPCIÓN
Trabajador	1	Acude <u>inmediatamente</u> a la unidad de urgencias o <u>mediatamente</u> a medicina familiar para recibir atención médica y para que el médico le expida el formato RT-02 y en su caso licencia (s) médica (s).
	1.A	Avisa al RRHUA o a la CAMSHT de su riesgo de trabajo dentro de las 72 horas siguientes al suceso, notificando su domicilio particular para efectos de notificación y trámite.
Responsable de Recursos Humanos en Unidad Administrativa (RRHUA) o CAMSHT	2	Avisa vía telefónica o por Redssa del riesgo de trabajo del personal al STD de la CCMSHT para cubrir el tiempo estipulado por el ISSSTE (3 días) y de manera mediata elabora memorando ratificando la notificación para sustentar el aviso.
	2.A	Orienta al trabajador sobre el trámite para la calificación de probable riesgo de trabajo para integrar el expediente.
Secretario Técnico Delegado de la CCMSHT	3	Recibe la notificación del riesgo vía telefónica, por Redssa o por memorando.
	3.A	Da aviso por escrito a la Subdelegación del ISSSTE incluyendo el Reporte de probable riesgo de trabajo (Anexo 1), emitido por el RRHUA y queda en espera del Expediente administrativo. Pasa al punto 6.
Trabajador	4	Acude con el RRHUA o la CAMSHT con dos testigos de dicho, hecho o combinados, para levantar el Acta Administrativa por Probable Riesgo de Trabajo (anexo 8) y entrega original del Formato "RT-02": Certificado Médico Inicial (expedido por el ISSSTE), y copias de: la credencial de identificación, CURP, talón de pago reciente, licencias médicas (si las hubiere) y documentos solicitados en RT-03, dando con ello inicio al trámite de solicitud de calificación técnica de probable riesgo de trabajo.
Responsable de Recursos Humanos en Unidad Administrativa o CAMSHT	5	Recibe RT-02, elabora Acta, Cédula de Identificación Inicial, RT-03 A y RT-01 "Solicitud de calificación de probable riesgo de trabajo", recibe documentos listados en actividad 4 y los indicados y según corresponda en: RT-03 "A" Centro de trabajo. RT-03 "B" Trayecto. RT-03 "C" Comisión. Sella los formatos y documentos para la integración del Expediente administrativo de probable riesgo de trabajo.
	5.A	Integrar en su totalidad y avalar la información, con firma del representante de SESEQ y del trabajador en documentos y firma de los testigos en el Acta Administrativa envía el expediente al STD de la CCMSHT.

RESPONSABLE	No. Act.	DESCRIPCIÓN
Secretario Técnico Delegado de la CCMSHT	6	Recibe, en un periodo no mayor a 25 días hábiles posteriores a la fecha del riesgo, el Expediente administrativo de probable riesgo de trabajo por parte del RRHUA o por la CAMSHT y revisa.
	7	Envía "Oficio de solicitud de Dictamen" (Anexo 2) con el Expediente administrativo de probable riesgo de trabajo al DMTSP del ISSSTE, para que sea sesionado por el Subcomité y emitido el Dictamen RT-01, RT-04 ó R-T-09 por medicina del trabajo.
	8	Informa al RRHUA y/o al Trabajador que el Expediente administrativo fue entregado en tiempo y forma en el DMTSP del ISSSTE, para dar seguimiento a que se le notifique al trabajador la fecha de la cita programada por el DMTSP del ISSSTE y así acuda para que revisen su expediente, le ausculten, complementen el expediente clínico - administrativo y entregue los estudios de gabinete.
Responsable de Recursos Humanos en Unidad Administrativa (RRHUA) o CAMSHT	9	Notifica al trabajador que ha sido entregado su expediente en el ISSSTE en tiempo y forma y que debe acudir a la cita programada para seguimiento de la calificación y le indica llevar consigo los estudios de gabinete.
Trabajador	10	Recibe la notificación y fecha de la cita en DMTSP del ISSSTE, acude para ser auscultado, entregar los estudios de gabinete y complementa así el expediente clínico-administrativo.
	10.A	Se responsabiliza del procedimiento mientras esté en período de calificación, valoración de secuelas, alta médica, pago de indemnización o recurso de inconformidad y entrega al RRHUA las licencias médicas y dictámenes emitidos en cualquier etapa del procedimiento para su aplicación en el SIAP y pago correspondiente.
DMTSP del ISSSTE	11	Califica y valora el caso presentado por el trabajador a través del STD de la CCMSHT, emite y entrega el dictamen correspondiente a SESEQ.
Secretario Técnico Delegado de la CCMSHT	12	Recibe y acusa de recibido Dictamen RT-01, RT-04, RT-09 u oficio de notificación de improcedencia, elabora comunicado oficial anexando copia del documento soporte para el RRHUA, con copia al Área Central de Incidencias de la Dirección de Recursos Humanos, para seguimiento de las licencias médicas.
Área central de incidencias	13	Recibe y firma acuse de recibo de las notificaciones con copia del dictamen u oficios de los casos determinados como sí o no de trabajo, alta médica, ausencia de secuelas, incapacidad permanente parcial e improcedentes para vigilar la aplicación adecuada del pago o no por licencia médica, según corresponda la aplicación en el SIAP.

RESPONSABLE	NO. ACT.	DESCRIPCIÓN
Responsable de Recursos Humanos en Unidad Administrativa (RRHUA) o CAMSHT	14	Recibe, firma acuse de recibo e informa al trabajador que acuda al DMTSP del ISSSTE por el original de su Dictamen RT-01, RT-04, RT-09 u oficio de notificación de improcedencia.
Trabajador	15	Asiste al DMTSP del ISSSTE, recoge el original y solicita asesoría para el seguimiento de valoración de secuelas y/o alta médica o pago de indemnización o de inicio a trámite de inconformidad.
Secretario Técnico Delegado de la CCMSHT	16	Recibe copias fotostáticas de las licencias médicas para dar seguimiento y notificación al DMTSP del ISSSTE de los casos pendientes de calificación y los calificados como sí de trabajo que no cuenta con alta médica, valoración de secuelas o incapacidad permanente parcial, asimismo asesora al RRHUA y al Área Central de Incidencias para la aplicación de las indemnizaciones correspondientes.
Trabajador	17	Como responsable del trámite en su totalidad da seguimiento a las indemnizaciones derivadas de los dictámenes emitidos por el DMTSP del ISSSTE subsecuentes a la entrega de expediente, calificación de sí o no de trabajo, alta médica, ausencia de secuelas valuables, resultado del recurso de inconformidad, la incapacidad permanente, parcial o a la improcedencia.
Secretario Técnico Delegado de la CEMSST	18	Elabora relación de entrega al Responsable de Archivo del EUP, para su integración y resguardo al EUP, la cual tiene el carácter de reservada con fundamento en la LEAIGEQ. <ul style="list-style-type: none"> • Copia con firmas autógrafas del Dictamen RT-01. • Copias del Expediente administrativo de Riesgo de Trabajo. • Copia del RT-04. • Copia del RT-09. • Copia del Oficio de notificación de improcedencia. Ver: U400-DRHSRL-P16 Procedimiento para la integración y control del Expediente único de personal. Fin.

DIAGRAMA



9.0 CONTROL DE CAMBIOS.

REVISIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
A	30 Enero de 2009	Elaboración del procedimiento.
B	Junio 2015, Noviembre 2016	Actualización del procedimiento.

10. ANEXOS.

Anexo 1. Reporte de probable riesgo de trabajo.

GF, NUM 5014/BS/DRHSRL/0271/2015

Santiago de Querétaro, Qro.,

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
SUBDELEGADO DE PRESTACIONES
DEL I.S.S.S.T.E. EN QUERÉTARO.
P R E S E N T E.

Con fundamento en el Artículo 60 de la Ley del ISSSTE en vigor, hago de su conocimiento que el (la) C. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, con R.F.C. XXXXXXXXXXXX, adscrito (a) a XXXXXXXXXXXX, sufrió un probable riesgo de trabajo en su XXXXXXXX, el día XXXXXXXX del año en curso.

No omito informar a usted que con fecha XXXXXXXX es notificado el incidente a la Subdirección de Relaciones Laborales para ser reportado ante el Instituto.

Agradeciendo su atención al presente y sin otro en particular, quedo de usted.

ATENTAMENTE

SUBDIRECTOR DE RELACIONES LABORALES DE
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

c.c.p. - Minutario.

Anexo 2. Oficio de Solicitud de Dictamen.

OS. NUM 5014/SS/DRH/SdRL/XXXX/2015

Santiago de Querétaro, Qro., a XX de XXXX de 2015.

C.P. TEODORO ALBERTO ORTEGA RIVAS
SUBDELEGADO DE PRESTACIONES
DEL ISSSTE QUERÉTARO.
P R E S E N T E.

Anexo al presente envío a usted expediente por probable riesgo de trabajo ocurrido al (a la) C.
XXXXXX XXXXX XXXXXX, para que sea emitido el dictamen correspondiente por ese Instituto.

Sin otro en particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo

ATENTAMENTE

XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXX
SUBDIRECTOR DE RELACIONES LABORALES DE
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

s.s.g. - Minutario.

Anexo 3. RT-01. Solicitud de Calificación de Probable Riesgo de Trabajo. (Anverso).

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES			
SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO			
			FORMATO RT 01
Fecha			
DÍA		MES	AÑO
1.- SOLICITUD DE CALIFICACIÓN			
SUBDELEGADO DE PRESTACIONES DEL I.S.S.S.T.E. QUERETARO			
CON APEGO A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL ISSSTE, SOLICITO LA CALIFICACIÓN TÉCNICA DEL RIESGO DE TRABAJO QUE DESCRIBO A CONTINUACIÓN:			
1. 1.- DATOS DEL TRABAJADOR:			
NOMBRE		NOMBRE (S)	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
DOMICILIO PARTICULAR			
CALLE		No. EXTERIOR	No. INTERIOR
COLONIA		CIUDAD	CODIGO POSTAL
DELEGACIÓN O MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA	
CURP			NOMBRE DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO POR EL TRABAJADOR
EDAD	SEXO	H	M
		No. DE EMPLEADO	
PUESTO	FECHA DE INGRESO		DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
FECHA DE 1a. COTIZACIÓN AL ISSSTE			
FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O PROBABLE INICIO DE LA ENFERMEDAD			
		DÍA	HORA
		MES	AÑO
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 SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN LOS 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		NUMERO DE RAMO	
DOMICILIO		CENTRO DE ADSCRIPCIÓN	
CALLE		NÚMERO	
COLONIA		CODIGO POSTAL	CIUDAD
JEFE INMEDIATO QUE TOMA CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE			
PUESTO		No. PUESTO	
FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL MISMO			
		DÍA	HORA
		MES	MIN.
		AÑO	
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA DEPENDENCIA			
_____ (PUESTO)			
SELLO DE LA DEPENDENCIA			
NOTA: EL ANVERSO LO LLENA LA DEPENDENCIA EN DONDE LABORA EL TRABAJADOR Y EL REVERSO LO LLENA MEDICINA DEL TRABAJO Y SE CONSIGNARAN LAS FIRMAS DE LAS AUTORIDADES DE LA SUBDELEGACION			

Dictamen RT-01, Si de trabajo o No de trabajo o Improcedente. (Reverso)

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES				
SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO				
				FORMATO RT 01
DICTAMEN DE CALIFICACION				
NATURALEZA DEL RIESGO		FECHA		
		DÍA	MES	AÑO
ACCIDENTE CENTRO DE TRABAJO				
ACCIDENTE EN COMISIÓN				
ACCIDENTE EN TRAYECTO				
ENFERMEDAD DE TRABAJO				
DEFUNCIÓN				
FECHA EN QUE SE PRESENTÓ POR PRIMERA VEZ A LA ATENCIÓN MÉDICA		DÍA	MES	AÑO
PARA USO DEL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO				
DIAGNÓSTICOS				
CONCLUSIONES				
CONFORME A LOS ELEMENTOS APORTADOS Y ANÁLISIS 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 LO CONSIGUIENTE, EL RIESGO DE TRABAJO SE CALIFICA COMO				
		"SI DE TRABAJO"	<input type="checkbox"/>	"NO DE TRABAJO"
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 23, 34, 36,37 Y 40 FRACCIÓN I DE LA LEY DEL ISSSTE; 63, 131, 126 FRACCIÓN II, DEL REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL ISSSTE III DE LA LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO, 15 FRACCIÓN I Y VI DEL REGLAMENTO DE LAS DELEGACIONES DEL ISSSTE; 43 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE, EN CASO DE IMPROCEDENCIA EL TRABAJADOR TIENE 30 DÍAS HÁBILES PARA TRAMITAR SU DESACUERDO, 13 DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS.				
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. TRABAJADO DEPENDENCIA.- PRESENTE UNIDADES MÉDICAS.- PRESENTE SUBDELEGACIÓN MÉDICA.- PRESENTE SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES.- PRESENTE		SELLO DE LA DELEGACION		
NOTA IMPORTANTE: EN CASO DE IMPROCEDENCIA ESTE FORMATO DEBERÁ TENER LA FIRMA DEL DELEGADO ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS				

Anexo 4. RT-03 A. Requisitos para Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo. Centro de trabajo. (Anverso)

REQUISITOS PARA TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (CENTRO DE TRABAJO)	FORMATO RT-03 A
---	-----------------

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES: _____

TRABAJADOR: _____

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="10">R.F.C.</td> </tr> </table>											R.F.C.										<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="8">TELÉFONO</td> </tr> </table>									TELÉFONO								<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15px;">DÍA</td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;">MES</td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;">AÑO</td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="6">FECHA DE SOLICITUD (RT01)</td> </tr> </table>	DÍA		MES		AÑO		FECHA DE SOLICITUD (RT01)					
R.F.C.																																																		
TELÉFONO																																																		
DÍA		MES		AÑO																																														
FECHA DE SOLICITUD (RT01)																																																		

 NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO

REQUISITOS
 (ART. 40 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES
 ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE)

I

1	SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)	
2	CERTIFICACIÓN DE SUELDOS	
3	HORARIO DE LABORES	
4	TALÓN DE PAGO RECIENTE	

DOCUMENTACIÓN 1, 2 Y 3 DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.

II

5	CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)	
	FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIO AL PACIENTE LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIA MÉDICAS OTORGADA	
6	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS, DE EXISTIR (No obtuvo este documento)	
7	COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS	

LA DOCUMENTACIÓN 5, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.

III

8	AVERIGUACIÓN PREVIA	
---	---------------------	--

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

IV: POR MUERTE DEL TRABAJADOR

9	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
10	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY	
11	EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICA POSTMORTEM	

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

ANVERSO

(Reverso)

REQUISITOS PARA TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (CENTRO DE TRABAJO)	FORMATO RT-03 A
---	-----------------

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

PARA QUE ENTREGUE LO SOLICITADO EN EL PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES, QUEDANDO APERCIBIDO QUE A FALTA DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERÁ SUBSANAR LA OMISIÓN EN UN TÉRMINO NO MAYOR DE 10 DIAS HÁBILES SIGUIENTES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LE NOTIFIQUE LA PREVENCIÓN, DE LO CONTRARIO EL ISSSTE LEVARÁ 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	
<table border="1"><tr><td style="text-align: center;">SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES</td></tr></table>	SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES
SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES	

C.C.P. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

REVERSO

Anexo 5. RT-03 B: Requisitos para Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo. Trayecto. (Anverso)

FORMATO RT-03 B																																																																																																																																																																			
REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (TRAYECTO)																																																																																																																																																																			
I. SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: _____ TRABAJADOR: _____ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center; font-size: x-small;">RFC</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center; font-size: x-small;">TELÉFONO</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">DÍA</td> <td style="font-size: x-small;">MES</td> <td style="font-size: x-small;">AÑO</td> <td style="font-size: x-small;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: x-small;">FECHA DE SOLICITUD (RT01)</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;"> NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 10px;"> REQUISITOS (ART. 40 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE) </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">I.</td> </tr> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1.</td> <td style="width: 75%;">SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2.</td> <td>ACTA ADMINISTRATIVA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3.</td> <td>CERTIFICACIÓN DE SUELDOS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4.</td> <td>HORARIO DE LABORES</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5.</td> <td>TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6.</td> <td>CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO-ESTANCIA INFANTIL-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO-ESTANCIA INFANTIL- DOMICILIO)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7.</td> <td>TALÓN DE PAGO RECIENTE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px; font-size: x-small;"> LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 3, 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. </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">II.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8.</td> <td>CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="font-size: x-small;">-FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE -LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9.</td> <td>COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10.</td> <td>NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS. -FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px; font-size: x-small;"> LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 3, 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. </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">III.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8.</td> <td>CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="font-size: x-small;">-FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE -LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9.</td> <td>COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10.</td> <td>NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS. -FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px; font-size: x-small;"> LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA. </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">III.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">11.</td> <td>AVERIGUACIÓN PREVIA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12.</td> <td>REPORTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL, EN SU CASO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">13.</td> <td>PARTE DE AMBULANCIA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px; font-size: x-small;"> LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO III, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTOGRAFA Y SELLO DE LA AUTORIDAD QUE TUMÓ CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO, EN SU CASO. </td> </tr> </table>				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center; font-size: x-small;">RFC</td> </tr> </table>									RFC								<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center; font-size: x-small;">TELÉFONO</td> </tr> </table>									TELÉFONO								<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">DÍA</td> <td style="font-size: x-small;">MES</td> <td style="font-size: x-small;">AÑO</td> <td style="font-size: x-small;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: x-small;">FECHA DE SOLICITUD (RT01)</td> </tr> </table>					DÍA	MES	AÑO		FECHA DE SOLICITUD (RT01)					NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO				REQUISITOS (ART. 40 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE)				I.				1.	SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)			2.	ACTA ADMINISTRATIVA			3.	CERTIFICACIÓN DE SUELDOS			4.	HORARIO DE LABORES			5.	TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA			6.	CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO-ESTANCIA INFANTIL-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO-ESTANCIA INFANTIL- DOMICILIO)			7.	TALÓN DE PAGO RECIENTE			LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 3, 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 DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS			9.	COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS			10.	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS. -FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE			LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 3, 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.				III.				8.	CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)				-FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE -LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS			9.	COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS			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			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 TUMÓ CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO, EN SU CASO.			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center; font-size: x-small;">RFC</td> </tr> </table>									RFC								<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center; font-size: x-small;">TELÉFONO</td> </tr> </table>									TELÉFONO								<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">DÍA</td> <td style="font-size: x-small;">MES</td> <td style="font-size: x-small;">AÑO</td> <td style="font-size: x-small;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: x-small;">FECHA DE SOLICITUD (RT01)</td> </tr> </table>					DÍA	MES	AÑO		FECHA DE SOLICITUD (RT01)																																																																																																																								
RFC																																																																																																																																																																			
TELÉFONO																																																																																																																																																																			
DÍA	MES	AÑO																																																																																																																																																																	
FECHA DE SOLICITUD (RT01)																																																																																																																																																																			
NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO																																																																																																																																																																			
REQUISITOS (ART. 40 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE)																																																																																																																																																																			
I.																																																																																																																																																																			
1.	SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)																																																																																																																																																																		
2.	ACTA ADMINISTRATIVA																																																																																																																																																																		
3.	CERTIFICACIÓN DE SUELDOS																																																																																																																																																																		
4.	HORARIO DE LABORES																																																																																																																																																																		
5.	TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA																																																																																																																																																																		
6.	CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO-ESTANCIA INFANTIL-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO-ESTANCIA INFANTIL- DOMICILIO)																																																																																																																																																																		
7.	TALÓN DE PAGO RECIENTE																																																																																																																																																																		
LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 3, 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 DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS																																																																																																																																																																		
9.	COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS																																																																																																																																																																		
10.	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS. -FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE																																																																																																																																																																		
LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 3, 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.																																																																																																																																																																			
III.																																																																																																																																																																			
8.	CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)																																																																																																																																																																		
	-FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE -LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS																																																																																																																																																																		
9.	COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS																																																																																																																																																																		
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																																																																																																																																																																		
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 TUMÓ CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO, EN SU CASO.																																																																																																																																																																			

ANVERSO

(Reverso)

FORMATO RT-03 B

REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN
DE RIESGOS DE TRABAJO
(TRAYECTO)

IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR

14.	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
15.	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY	
16.	EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICA POST-MORTEM	
ADEMÁS DEBERÁ ENTREGARSE, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN LOS APARTADOS I, II, Y III.		

V. DE OCURRIR EN ACCIDENTE EN TRAYECTO: DOMICILIO-ESTANCIA INFANTIL-CENTRO DE TRABAJO O VICEVERSA

17.	CREDENCIAL VIGENTE DEL INFANTE	
18.	FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL INFANTE	
19.	CONSTANCIA DE HORARIO DEL INFANTE	
20.	EN CASO DE ENFERMEDAD, CONSTANCIA DE SUSPENSIÓN DEL INFANTE	
21.	EN CASO DE ENFERMEDAD, CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL JEFE INMEDIATO DEL TRABAJADOR AUTORIZANDO LA SUSPENSIÓN DE LA JORNADA LABORAL	

LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO V, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD RESPONSABLE Y SELLO DE LA ESTANCIA DE BIENESTAR INFANTIL DE QUE SE TRATE, ENTREGÁNDOSE DE IGUAL FORMA TODOS LOS DOCUMENTOS QUE SEAN NECESARIOS DESCRITOS EN LOS APARTADOS ANTERIORES.

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

PÁRA QUE ENTREGUE LO SOLICITADO EN EL PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES, QUEDANDO APERCIBIDO QUE A FALTA DE ALGUN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MEDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERA SUBSANAR LA OMISIÓN EN UN TÉRMINO NO MAYOR A LOS 10 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE LE NOTIFIQUE LA PREVENCIÓN, DE LO CONTRARIO EL ISSSTE LLEVARA 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

CCP. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

REVERSO

Anexo 6. RT-03 C. Requisitos para Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo. Comisión (Anverso)

FORMATO RT-03 C																																																																									
REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (COMISIÓN)																																																																									
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: _____																																																																									
TRABAJADOR: _____																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td colspan="10" style="text-align: center;">RFC</td></tr> </table> </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td colspan="10" style="text-align: center;">TELÉFONO</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DÍA</td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td style="text-align: center;">ANO</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr><td colspan="10" style="text-align: center;">FECHA DE SOLICITUD (RT01)</td></tr> </table> </td> </tr> </table>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td colspan="10" style="text-align: center;">RFC</td></tr> </table>											RFC										<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td colspan="10" style="text-align: center;">TELÉFONO</td></tr> </table>											TELÉFONO										<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DÍA</td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td style="text-align: center;">ANO</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr><td colspan="10" style="text-align: center;">FECHA DE SOLICITUD (RT01)</td></tr> </table>											DÍA	MES	ANO								FECHA DE SOLICITUD (RT01)									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td colspan="10" style="text-align: center;">RFC</td></tr> </table>											RFC										<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td colspan="10" style="text-align: center;">TELÉFONO</td></tr> </table>											TELÉFONO										<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DÍA</td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td style="text-align: center;">ANO</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr><td colspan="10" style="text-align: center;">FECHA DE SOLICITUD (RT01)</td></tr> </table>											DÍA	MES	ANO								FECHA DE SOLICITUD (RT01)										
RFC																																																																									
TELÉFONO																																																																									
DÍA	MES	ANO																																																																							
FECHA DE SOLICITUD (RT01)																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO</td></tr> </table>		NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO																																																																							
NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO																																																																									
REQUISITOS <u>(ART. 40 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE)</u>																																																																									

I.

1.	SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)	
2.	ACTA ADMINISTRATIVA	
3.	CERTIFICACIÓN DE SUELDOS	
4.	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, 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

(Reverso)

	FORMATO RT-03 C
REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (COMISIÓN)	

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.	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
19.	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY	
20.	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 ENTREGUE LO SOLICITADO EN EL PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES, QUEDANDO APERCIBIDO QUE A FALTA DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERÁ SUBSANAR LA OMISIÓN EN UN TÉRMINO NO MAYOR A LOS 10 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE LE NOTIFIQUE LA PREVENCIÓN, 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	
<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 80px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES </div>	

CCP. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

REVERSO

Anexo 7. Cédula de identificación Inicial

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO CEDULA DE IDENTIFICACIÓN INICIAL										
FECHA			DIA	MES	AÑO	DELEGACION				
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRE (S)				
RFC					CURP					
DOMICILIO PARTICULAR			CALLE Y NUMERO			COLONIA Y C.R.		DELEGACION		
EDAD	[]	SEXO	M	[]	F	[]	TEL. PARTICULAR			
DEPENDENCIA					CLINICA DE ADSCRIPCION					
UNIDAD MEDICA DONDE ACTUALMENTE RECIBE ATENCION MEDICA					NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE					
¿DESDE QUE FECHA RECIBE ATENCION MEDICA POR ESTE RIESGO DE TRABAJO?						FECHA	DIA	MES	AÑO	
¿RECIBE LICENCIAS MEDICAS POR ESTE RIESGO DE TRABAJO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						TOTAL DE DIAS AMPARADOS				
¿DE QUE UNIDAD MEDICAS ES LA ULTIMA LICENCIA MEDICA?						FECHA DE ULTIMA LICENCIA MEDICA		DIA	MES	AÑO
¿HA TENIDO OTRO RIESGO DE TRABAJO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						FECHA	DIA	MES	AÑO	
_____ NOMBRE DEL TRABAJADOR					_____ FIRMA					

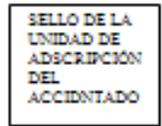
SUBDIRECCIÓN DE RELACIONES LABORALES
COMISION CENTRAL MIXTA DE
SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO

testimonio del testigo 1 ratificando el testimonio y las partes que se lesiona o adolece el accidentado). ES TODO CUANTO TENGO QUE DECIR Y TODO LO QUE HE DICHO ES VERDAD

-----SE LE CONCEDE LA PALABRA AL (A LA) C. NOMBRE COMPLETO DEL TESTIGO 2, CON R.F.C. XXXXXXXXXX, CON CLAVE PRESUPUESTAL XXXXXXXXXXXXXXXXXX, CON HORARIO DE XX:XX HORAS, CON PUESTO DE XXXXXXXXXX, CON FUNCIONES DE XXXXXXXXXX, EN ÁREA, DEPARTAMENTO O UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN, DEPENDIENTE DE CITAR LA UNIDAD, DEPARTAMENTO DE LA QUE DEPENDE DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO, CON DOMICILIO PARTICULAR EN CALLE XXXXXXXXXXXX, No. INTERIOR Y EXTERIOR XX, COL. XXXXXX, C.P. XXXX, DELEGACIÓN O MUNICIPIO, QRO, QUIEN DECLARA QUE-----

-----EL DÍA RATIFICAR FECHA DEL PROBABLE RIESGO, A LAS RATIFICAR HORA APROXIMADA DEL PROBABLE RIESGO. (se narra el testimonio del testigo 2 ratificando el testimonio y las partes que se lesiona o adolece el accidentado). ES TODO CUANTO TENGO QUE DECIR Y TODO LO QUE HE DICHO ES VERDAD

----- SIN MÁS QUE TRATAR SE DA POR TERMINADA LA PRESENTE ACTA SIENDO LAS XX:XX HORAS DEL DÍA FECHA EN QUE SE CONCLUYE EL ACTA, GENERALMENTE ES EL MISMO DÍA DE SU FINCO, FIRMANDO PARA SU LEGAL CONSTANCIA AL MARGEN Y AL CALCE LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON.



NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA DEPENDENCIA

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO 1
SEGÚN SU NATURALEZA PUEDE SER DE DICHO O HECHO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO 2
SEGÚN SU NATURALEZA PUEDE SER DE DICHO O HECHO

Anexo 9. Constancia de servicios.

Oficio Número: 5014/SS/DRH/SdRL/0898/2015.
Santiago de Querétaro, Qro., a XXXXXXXXXXXX.

A QUIEN CORRESPONDA:

EL ò LA que suscribe, hace constar que en los expedientes que obran en poder de estos Servicios de Salud del Estado de Querétaro, existen los datos que a continuación se detallan del (de la) C. NOMBRE DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

R.F.C.
ADSCRIPCION:
PUESTO:
FUNCIONES
SUELDO MENSUAL
BRUTO:
HORARIO:
TURNO:
JORNADA:
EN SERVICIO:

A petición del interesado (a) y para los fines legales a que haya lugar, se extiende la presente.

ATENTAMENTE

XX XXXXXX XXXXXX XXXXXX
CARGO DEL REPRESENTANTE DE LA INSTITUCION QUE FIRMA
UNIDAD QUE REPRESENTA EL QUE FIRMA

I

S.S.P.-Minutario.