

DELEGACION COAHUILA  
SUBDELEGACION DE PRESTACIONES  
DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

Asunto  
**Riesgo de Trabajo**

Oficio  
**SP/DPSH/SH/10/2020**

Lugar  
**Saltillo, Coahuila**

Fecha  
**29 DE ABRIL DE 2020**

**C. NALLELY ALFARO CEPEDA**  
**RFC: AACN910512**  
**CALLE CEDRO NO. 1839**  
**COL. ZARAGOZA C.P. 25019**  
**SALTILLO, COAHUILA.**

Con fundamento en los artículos 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, 9, 35, 36, 38 y 39 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 11, 58, 59 y 62 de la Ley del ISSSTE; 40, 41 y 43 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del ISSSTE; Capítulo II, III y V del Título Segundo "Proceso de dictaminación por Riesgos del Trabajo" del Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos del Trabajo e Invalidez; Manual de Organización de las Delegaciones Estatales y Regionales, y con la facultad que me concede el artículo 16 del Reglamento de las Delegaciones y lo conducente en el Manual de Organización, ambos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, hago de su conocimiento la siguiente resolución:

Una vez analizada la documentación Formato RT-01, Acta Administrativa, RT-02 y notas médicas, se determina que reúne los criterios del artículo 474 de la ley federal del trabajo, ya que acredita la relación causa-efecto del mecanismo de la lesión con el daño producido en el pie derecho en el centro de trabajo sin secuelas valiables, con el diagnóstico: 'esguince de tobillo derecho.', por consiguiente, se dictamina como:

**RIESGO DE TRABAJO APROBADO DEL DIA 05 DE DICIEMBRE DE 2019**

Lo anterior, en observancia a los artículos 58 de la Ley del ISSSTE y 43 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del Instituto, a través de los cuales se establece que los riesgos de trabajo serán calificados por el Instituto, así como en cumplimiento al capítulo V del Título Primero "Proceso de Dictaminación por Riesgos de Trabajo" de los Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo, que señala la obligación de enviar al interesado el formato RT-01 en original y copia simple con firmas autógrafas y debidamente selladas.

Califico  
**DRA. BELEN IVETH VEGA**  
**QUIÑONES**

Realizo  
**LIC. OSCAR ALEJANDRO**  
**MARTINEZ CERDA**

DELEGACION COAHUILA

Autorizo  
**LIC. JESUS LOREDO**  
**GONZALEZ**



ATENTAMENTE

SUBDELEGADO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

**LIC. MARTIN ALEJANDRO MADRIGAL RIOS**



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

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 DE TRABAJO  
QUE DESCRIBO A CONTINUACIÓN:

1.1 DATOS DEL TRABAJADOR

PARA USO DEL TRABAJADOR

NOMBRE Alfaro Cepeda Nallely Irasema  
DOMICILIO PARTICULAR Cedro APELLIDO PATERNO Cepeda APELLIDO MATERNO Nallely NOMBRE(S) Irasema  
CALLE Saltillo NO EXTERIOR NO INTERIOR  
COLONIA Zaragoza CIUDAD Saltillo CODIGO POSTAL 25019 TELEFONO 8441969367

DELEGACIÓN O MUNICIPIO Saltillo ENTIDAD FEDERATIVA Coahuila  
NOMBRE DEL FAMILIAR, REPRESENTANTE LEGAL O AUTORIZADO POR EL TRABAJADOR EN SU CASO. Jose Patricia Devis Rodriguez

CURP ALACN91105112MCL4P1631

EDAD 28 SEXO H M ☒ NO DE EMPLEADO ☐

PUESTO Administrativo  
FECHA DE INGRESO 16-octubre-2012  
FECHA DE 1a COTIZACIÓN AL ISSSTE 16-oct-2012  
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Encargada del laboratorio entregar material y equipo

FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O PROBABLE INICIO DE LA ENFERMEDAD  
DÍA 5 MES dic AÑO 2019 HORA 12:26

CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

DEPENDENCIA CETIS No 48 COMISIÓN 1155 EN TRAYECTO A SU TRABAJO NO EN TRAYECTO A SU DOMICILIO NO TIEMPO EXTRA NO  
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  
Al bajar las escaleras regrese al laboratorio me resbale y se me doblo el Pie derecho mismo que ya no pude apoyar despues. inmediatamente me fui al issste y se me brindo la atención a las 4:54

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR Nallely Irasema Alfaro Cepeda

1.2 DATOS DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA CETIS No 48 NUMERO DE RAMO 611  
DOMICILIO Blvd. Secc. 38 1155 CENTRO DE ADSCRIPCIÓN SEP-UEMSTIS  
CALLE Fracc. Magisterio CODIGO POSTAL 25294 TELEFONO 844 4311656

JEFE INMEDIATO QUE TOMA CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE

Maria Guadalupe Calderon Dominguez

PUESTO Jefa Depto. Servs. Docentes TM. NO EMPLEADO ☐

FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL MISMO  
DÍA 05 MES 12 AÑO 19 HORA 12 MIN 20

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA DEPENDENCIA

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
CENTRO DE ESTUDIOS  
DEPENDENCIA  
Industrial y de Servicios No. 48  
Saltillo, Coah.

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

**FORMATO RT-01**

PARA USO DEL MEDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO

**ISSSTE**

DICTAMEN DE CALIFICACIÓN: **C. NALLELY ALFARO CEPEDA** RFC: AACN910512

NATURALEZA DEL RIESGO		FECHA			
		DIA	MES	AÑO	HORA
ACCIDENTE CENTRO DE TRABAJO	X	05	12	2019	12:20
ACCIDENTE EN COMISION					
ACCIDENTE EN TRAYECTO					
ENFERMEDAD DE TRABAJO					
DEFUNCION					

FECHA EN QUE SE PRESENTÓ POR PRIMERA VEZ A LA ATENCIÓN MÉDICA	DIA	MES	AÑO	HORA
	05	12	2019	12:20

**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	RESBALÓ POR LAS ESCALERAS		

**DIAGNOSTICO:**

ESGUINCE DE TOBILLO DERECHO.

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

Una vez analizada la documentación Formato RT-01, Acta Administrativa, RT-02 y notas médicas, se determina que reúne los criterios del artículo 474 de la ley federal del trabajo, ya que acredita la relación causa-efecto del mecanismo de la lesión con el daño producido EN EL PIE DERECHO EN EL CENTRO DE TRABAJO, SIN SECUELAS VALUABLES.

POR CONSIGUIENTE, EL RIESGO DEL TRABAJO SE CALIFICA COMO

"SI DE TRABAJO"	XXX	"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 FRACCIÓN I Y VI DEL REGLAMENTO DE LAS DELEGACIONES DEL ISSSTE; 63, 131, 126 FRACCIÓN 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: SALTILLO, COAHUILA A 29 DE ABRIL DE 2020

<b>DRA. BELEN IVETH VEGA QUINTONES</b> , 31169344 NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MEDICO RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO QUE CALIFICA	Vo. Bo. DEL DELEGADO EN CASO DE IMPROCEDENCIA
<b>LIC. JESUS LOREDO GONZALEZ</b> Vo. Bo. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES Y SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO	<b>LIC. MARTIN ALEJANDRO MADRIGAL RIOS</b> FIRMA DEL SUBDELEGADO DE PRESTACIONES

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



**MEDICINA DEL TRABAJO**

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

ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI PRESENTA TACHADURAS O ENMIENDAS

1598111

# ALTA MÉDICA POR RIESGOS DEL TRABAJO FORMATO RT-04

FECHA DE ELABORACION		
DÍA	MES	AÑO
29	04	2020

DATOS DEL TRABAJADOR APELLIDO PATERNO MATERNO Y NOMBRES(S) ALFARO CEPEDA NALLELY			RFC AACN910512		
RIESGO DE TRABAJO CALIFICADO <input checked="" type="checkbox"/>			PROBABLE RT <input type="checkbox"/>		
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA SEP			FECHA DEL RIESGO O PROBABLE RIESGO DE TRABAJO 05 DE DICIEMBRE DE 2019		
PUESTO QUE DESEMPEÑABA AL ACCIDENTARSE ADMINISTRATIVO					
FECHA DE REINICIO DE LABORES DÍA: 26 MES: 12 AÑO: 2019			FECHA DE REINICIO DE LABORES CON LETRA VEINTISEIS DE DICIEMBRE DE DOS MIL DIECINUEVE		
DIAGNOSTICO MEDICO DE ALTA  <b>ALTA ADMINISTRATIVA</b>					
NOMBRE DE LA UNIDAD MEDICA Y SERVICIO C.H. SALTILLO DR. Y GRAL. JOSÉ M.A. RODRÍGUEZ, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA			NOMBRE Y FIRMA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA		
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE FORMULA EL ALTA DRA. BELEN IVETH VEGA QUIÑONES			FIRMA DEL PACIENTE		
CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO 11169344			FECHA DE RECIBIDO POR EL PACIENTE DÍA: 29 MES: 04 AÑO: 2020		
DICTAMEN DE AUSENCIA DE SECUELAS PARA SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR MEDICINA DEL TRABAJO					
SIN SECUELAS VALIABLES.			SELLO DE REGISTRO COAHUILA		
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO DRA. BELEN IVETH VEGA QUIÑONES ORIGINAL PARA MEDICINA DEL TRABAJO: COPIA PARA EL TRABAJADOR: COPIA PARA LA DEPENDENCIA: COPIA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO					

MEDICINA DEL TRABAJO