

**Manual de Procedimientos de  
Delegaciones del Instituto de Seguridad y  
Servicios Sociales de los Trabajadores del  
Estado  
Tipo “B”  
Tomo 4 Parte 6  
(Subdelegación de Prestaciones. Procedimiento 20 del  
Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene)**

---

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los  
Trabajadores del Estado**

**Normateca Electrónica Institucional**

## FICHA TÉCNICA

ACUERDO DEL DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, POR EL QUE SE REEXPIDEN LOS MANUALES DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES TIPOS A Y B DEL INSTITUTO

*FECHA DE EXPEDICIÓN: 29 DE MAYO DE 2007*

*FECHA DE PUBLICACIÓN DEL ACUERDO DE*

*REEXPEDICIÓN EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF): 20 DE DICIEMBRE DE 2007*

*FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 21 DE DICIEMBRE DE 2007*

### MODIFICACIONES:

SE ACTUALIZAN LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES TIPOS A Y B DEL INSTITUTO INCORPORÁNDOSE EL PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA

*FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 26 DE ABRIL DE 2016*

*FECHA DE PUBLICACIÓN EN LA NORMATECA ELECTRÓNICA INSTITUCIONAL (NEI): 13 DE JUNIO DE 2016*

SE ACTUALIZAN LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES TIPOS A Y B DEL INSTITUTO INCORPORÁNDOSE EL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)

*FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 12 DE AGOSTO DE 2016*

*FECHA DE PUBLICACIÓN EN LA NORMATECA ELECTRÓNICA INSTITUCIONAL (NEI): 22 DE AGOSTO DE 2016*



**20. TRÁMITE PARA EL  
OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR  
INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL  
PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4037

**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES  
POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4038

**1. OBJETIVO**

OTORGAR LA PENSIÓN POR RIESGO DEL TRABAJO CUANDO ÉSTE HAYA PRODUCIDO DISMINUCIÓN PERMANENTE O PÉRDIDA TOTAL DE LA CAPACIDAD PARA LABORAR DEL TRABAJADOR.

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

1. PARA CONOCER DE MANERA PRECISA LA COORDINACIÓN E INTERVENCIÓN DE LAS INSTANCIAS QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO DE DICTAMINACIÓN DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE, DEBERÁN CONSULTARSE:
  - a. LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE MEDICINA DEL TRABAJO, TÍTULO PRIMERO DEL “PROCESO DE DICTAMINACIÓN POR RIESGOS DE TRABAJO”.
  - b. LEY DEL ISSSTE, CAPITULO IV SOBRE EL “SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO”.
2. PARA EL MANEJO DE LOS EXPEDIENTES (CONSULTA, PRÉSTAMO, CUSTODIA, TRANSFERENCIA, INVENTARIO Y DISTRIBUCIÓN) DEBERÁ CONSULTARSE LA “GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO PROFESIONALES”.

**DEL AVISO DE RIESGO DE TRABAJO**

3. ES OBLIGACIÓN DE LOS TRABAJADORES DAR AVISO INMEDIATO AL SUPERIOR JERÁRQUICO, SALVO CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR, DE LAS CAUSAS JUSTIFICADAS QUE LE IMPIDAN CONCURRIR AL TRABAJO.
4. LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES AFILIADAS AL RÉGIMEN DEL ISSSTE, TIENEN LA OBLIGACIÓN EN EL PLAZO DE TRES DÍAS DE DAR AVISO A LAS SUBDELEGACIONES DE PRESTACIONES DEL INSTITUTO CORRESPONDIENTES, SOBRE LOS RIESGOS DE TRABAJO OCURRIDOS.  
EL AVISO ANTES SEÑALADO, TAMBIÉN PODRÁ REALIZARLO EL TRABAJADOR, SU REPRESENTANTE LEGAL O SUS BENEFICIARIOS.
5. LAS LICENCIAS MÉDICAS QUE EMITA EL MÉDICO TRATANTE DEBERÁN SUJETARSE Estrictamente a la PATOLOGÍA QUE PRESENTE EL TRABAJADOR Y SU VIGENCIA NO TENDRÁ VINCULACIÓN CON EL TIEMPO QUE LLEVE EL PROCEDIMIENTO PARA LA DICTAMINACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO.

**DE LA SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE RIESGO DE TRABAJO**

6. LAS UNIDADES MÉDICAS DESPUÉS DE LA PRIMERA ATENCIÓN AL TRABAJADOR, DEBERÁN ENTREGARLE LOS FORMATOS RT-01 “SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO” Y RT-02 “CERTIFICADO MÉDICO INICIAL”; EN ÉSTE



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4039

ÚLTIMO EL MÉDICO DEBERÁ INDAGAR LA POSIBILIDAD DEL RIESGO DE TRABAJO.

7. UNA VEZ REQUISITADO POR EL TRABAJADOR Y LA DEPENDENCIA EL RT-01 Y POR PARTE DEL MÉDICO TRATANTE EL RT-02, SE PRESENTARÁN AMBOS FORMATOS CON COPIA SIMPLE EN LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DE LA DELEGACIÓN CORRESPONDIENTE, LA QUE ACUSARÁ DE RECIBIDO EN LAS COPIAS, ASENTANDO LA FECHA, SELLO DE LA DELEGACIÓN, NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE ACEPTA LA DOCUMENTACIÓN Y SE LE ENTREGARÁ LA RELACIÓN DE LOS REQUISITOS (RT-03 A, B O C), DE ACUERDO A LA NATURALEZA DEL RIESGO, SEGÚN EL ARTÍCULO 40 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE:

- (A) EN EL CENTRO DE TRABAJO,
- (B) EN TRAYECTO (DOMICILIO-ESTANCIA INFANTIL-CENTRO DE TRABAJO O VICEVERSA), O,
- (C) EN COMISIÓN,

DICHOS REQUISITOS DEBERÁN PRESENTARSE EN UN PLAZO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES.

PARA LOS CASOS EN QUE UN FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL DECIDA, A PETICIÓN DEL TRABAJADOR, REALIZAR EL TRÁMITE DE REFERENCIA DEBERÁ ACREDITARSE, SEGÚN LA CALIDAD DEL PROMOVENTE, EL PARENTESCO O PERSONALIDAD LEGAL RESPECTIVA.

**REQUISITOS DOCUMENTALES PARA LA CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO**

**DOCUMENTOS COMUNES APLICABLES A LOS TRES CASOS (A. CENTRO DE TRABAJO, B. EN TRAYECTO Y C. COMISIÓN)**

- COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN
- COPIA DE LA NECROPSIA DE LA LEY
- EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICO POST-MÓRTEM

ADEMÁS, SE DEBERÁ ENTREGAR, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA A CONTINUACIÓN:

**A) CENTRO DE TRABAJO**

- SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)
- CERTIFICACIÓN DE SUELDOS
- HORARIO DE LABORES
- TALÓN DE PAGO RECIENTE
- CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)
  - FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE
  - LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS
- NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS, DE EXISTIR
- COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS
- AVERIGUACIÓN PREVIA



**20. TRÁMITE PARA EL  
OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR  
INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL  
PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4040

**REQUISITOS DOCUMENTALES PARA LA CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO  
(CONTINUACIÓN)**

**B) EN TRAYECTO**

- SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)
  - CERTIFICACIÓN DE SUELDOS
  - HORARIO DE LABORES
  - TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA
  - CROQUIS Y TIEMPO DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO-ESTANCIA INFANTIL-CENTRO DE TRABAJO O VICEVERSA)
  - TALÓN DE PAGO RECIENTE
  - CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)
    - FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE
    - LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS
  - COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS
  - NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS
    - FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE
  - AVERIGUACIÓN PREVIA
  - REPORTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL, EN SU CASO
  - PARTE DE AMBULANCIA
- DE OCURRIR EN ACCIDENTE EN TRAYECTO (DOMICILIO-ESTANCIA INFANTIL-CENTRO DE TRABAJO O VICEVERSA)
- CREDENCIAL VIGENTE DEL INFANTE
  - FECHA DE IDENTIFICACIÓN DEL INFANTE
  - CONSTANCIA DE HORARIO DEL INFANTE
  - EN CASO DE ENFERMEDAD, CONSTANCIA DE SUSPENSIÓN DEL INFANTE
  - EN CASO DE ENFERMEDAD, CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL JEFE INMEDIATO DEL TRABAJADOR AUTORIZANDO LA SUSPENSIÓN DE LA JORNADA LABORAL.

**C) COMISIÓN**

- SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)
- CERTIFICACIÓN DE SUELDOS
- HORARIO DE LABORES
- OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN
- CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO
- CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN
- CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO O VICEVERSA)
- TALÓN DE PAGO RECIENTE
- CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)
  - FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE
  - LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS
- COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS
- NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS
  - FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE
- AVERIGUACIÓN PREVIA
- EXÁMENES QUÍMICO-TOXICOLÓGICOS
- PARTE DE LA POLICÍA FEDERAL PREVENTIVA (SECTOR CAMINOS)
- PARTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL
- PARTE DE AMBULANCIA



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4041

8. SI EL INTERESADO NO PRESENTA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, SE LE PREVENDRÁ POR OFICIO PARA QUE DENTRO DEL PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE RECIBA LA NOTIFICACIÓN, SUBSANE LA OMISIÓN, INFORMÁNDOLE QUE DE NO DAR CABAL CUMPLIMIENTO A LA MISMA, EL ANÁLISIS INTEGRAL DEL CASO SE LLEVARÁ A CABO CON LOS DOCUMENTOS QUE TENGA A LA VISTA EL INSTITUTO PARA CALIFICAR TÉCNICAMENTE EL PRESUNTO RIESGO EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 36 DE LA LEY DEL ISSSTE. ÉSTE PLAZO PODRÁ SER AMPLIADO POR EXCEPCIÓN EN CASO DE QUE EL SOLICITANTE ESTÉ IMPEDIDO PARA PRESENTAR LOS DOCUMENTOS, PREVIA JUSTIFICACIÓN.

9. PARA LOS CASOS EN QUE EL TRABAJADOR POR SÍ MISMO NO LOGRE OBTENER DE ALGUNA INSTITUCIÓN PÚBLICA EL DOCUMENTO SOLICITADO PARA ACREDITAR SU RIESGO, LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES, A PETICIÓN DE PARTE, DEBERÁ COADYUVAR HACIENDO EL CORRESPONDIENTE REQUERIMIENTO POR OFICIO, CON EL PROPÓSITO DE RECABAR LA INFORMACIÓN FALTANTE.

DEL ANÁLISIS DE LA RELACIÓN CAUSAL ENTRE EL RIESGO DE TRABAJO Y LA ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR.

10. UNA VEZ REUNIDOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, ADSCRITO A LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DE LA DELEGACIÓN CORRESPONDIENTE, PROCEDERÁ A ANALIZARLOS BAJO LOS SIGUIENTES LINEAMIENTOS:

- CORRELACIÓN DE LAS FECHAS QUE SE REPORTAN EN CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS VINCULADOS CON EL RIESGO QUE SE RECLAMA.
- COHERENCIA DE LA HORA REPORTADA EN QUE OCURRIERON LOS HECHOS.
- CONGRUENCIA EN LA RELATORÍA DE LOS HECHOS QUE REALIZAN EL TRABAJADOR, LOS TESTIGOS PRESENCIALES Y AUTORIDADES QUE TOMARON CONOCIMIENTO DEL CASO.
- DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR.
- RELACIÓN CAUSAL ENTRE EL RIESGO SUFRIDO Y LA ACTIVIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR.
- DE ESTAR EN PRESENCIA DE UNA PROBABLE ENFERMEDAD PROFESIONAL, SE ANALIZARÁ LA RELACIÓN CAUSAL ENTRE LA PATOLOGÍA Y SU ACTIVIDAD LABORAL; ATENDIENDO AL LUGAR, PUESTO (S) DE TRABAJO Y PERIODOS DE DESEMPEÑO.

EN ÉSTE ÚLTIMO SUPUESTO, EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO TOMARÁ EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE PRACTICADOS AL TRABAJADOR, EN SU CASO, PARA EMITIR SU CALIFICACIÓN.



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4042

11. UNA VEZ PRESENTADOS LOS DOCUMENTOS QUE LE FUERON REQUERIDOS AL TRABAJADOR, EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, TIENE LA OBLIGACIÓN DENTRO DEL PLAZO DE 15 DÍAS HÁBILES, DE EMITIR LA CALIFICACIÓN TÉCNICA DEJANDO ACREDITADO FEHACIENTEMENTE Y EN DEFINITIVA SI SE ESTÁ EN PRESENCIA O NO DE UN RIESGO DEL TRABAJO, CON BASE AL ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN Y HECHOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD QUE SE RECLAMA, -PARA ESTE SEGUNDO CASO, PREVIA EXPLORACIÓN FÍSICA DEL DERECHOHABIENTE- LLENANDO EL DICTAMEN CORRESPONDIENTE (REVERSO DEL RT-01).

DE LA IMPROCEDENCIA DE LA PROFESIONALIDAD DE RIESGO (NO DE TRABAJO)

12. LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DESCRIBIRÁ EN EL FORMATO RT-01, LOS MOTIVOS DE LA IMPROCEDENCIA DEL RIESGO DE TRABAJO ENVIANDO ORIGINAL Y COPIAS CON FIRMAS AUTÓGRAFAS Y DEBIDAMENTE SELLADAS A MEDICINA DEL TRABAJO, AL INTERESADO, A LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA, A LAS UNIDADES MÉDICAS Y A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.

DE LA PROCEDENCIA DE LA PROFESIONALIDAD DE RIESGO (SI DE TRABAJO)

13. LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DESCRIBIRÁ EN EL FORMATO RT-01 LOS MOTIVOS QUE ORIGINARON LA PROCEDENCIA DEL RIESGO DE TRABAJO ENVIANDO, EN EL PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RESOLUCIÓN DEL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, ORIGINAL Y COPIAS CON FIRMAS AUTÓGRAFAS A MEDICINA DEL TRABAJO, AL INTERESADO, A LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA, A LAS UNIDADES MÉDICAS Y A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.

DE LA REALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

14. TODO TRABAJADOR AL CUAL LE SEAN INDICADOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE, POR EL MÉDICO TRATANTE, DE MEDICINA DEL TRABAJO, COMITÉ DE MEDICINA DEL TRABAJO, EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL U OTRAS INSTANCIAS DEL INSTITUTO, SIN EXCEPCIÓN, DEBERÁ PRESENTAR UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL (IFE, PASAPORTE, CREDENCIAL DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN), ANTE EL TÉCNICO RESPONSABLE DEL SERVICIO, QUIEN DEJARÁ ASENTADOS LOS DATOS DE LA IDENTIFICACIÓN.
15. TODOS LOS ESTUDIOS QUE SE EFECTÚEN, DEBERÁN LLEVAR LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: NOMBRE, R.F.C Y FECHA DEL ESTUDIO.
16. LOS ESTUDIOS QUE SE REALICEN TENDRÁN UNA VIGENCIA DE SEIS MESES, SALVO AQUELLOS EN QUE, A CRITERIO DEL MÉDICO TRATANTE, SE DEMUESTRE UN CAMBIO SUSTANCIAL DEL PADECIMIENTO O QUE EN LOS CASOS DE SUBROGACIÓN SU COSTO SEA ELEVADO (EJEMPLO: IRM, TAC, ENTRE OTROS).





**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4043

**DE LA VALUACIÓN DE SECUELAS**

17. RECONOCIDA LA PROFESIONALIDAD DEL RIESGO DE TRABAJO, EL INSTITUTO DETERMINARÁ LA SITUACIÓN MÉDICO-LABORAL DEL TRABAJADOR, A TRAVÉS DE LAS VALORACIONES MÉDICAS TRIMESTRALES QUE CON APOYOS DE DIAGNÓSTICO SE TENDRÁN QUE REALIZAR, A FIN DE NO REBASAR, EN SU CASO, EL TÉRMINO DE UN AÑO CONTADO A PARTIR DE QUE EL INSTITUTO TENGA CONOCIMIENTO DEL RIESGO O BIEN, A PARTIR DE QUE EMITA LA PRIMERA LICENCIA MÉDICA.
18. DURANTE ESTA ETAPA, EL MÉDICO TRATANTE BAJO SU MÁX ESTRUCTURA RESPONSABILIDAD PODRÁ O NO EMITIR LICENCIAS MÉDICAS DEPENDIENDO DE LA PATOLOGÍA QUE PRESENTE EL TRABAJADOR.  
LA EXPEDICIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS NO ESTARÁ SUJETA A LA DETERMINACIÓN DE LA CALIFICACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DEL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO.
19. EL MÉDICO TRATANTE DEBERÁ PRACTICAR DENTRO DE UN PLAZO NO MAYOR A 90 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA EXPEDICIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA INICIAL, LA PRIMERA VALORACIÓN, ATENDIENDO A LAS SIGUIENTES ETAPAS:
  - a. EL MÉDICO TRATANTE EFECTUARÁ INTERROGATORIO Y EXPLORACIÓN FÍSICA AL TRABAJADOR.
  - b. DE ACUERDO A LA IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA, EL MÉDICO TRATANTE SOLICITARÁ LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE QUE SE REQUIERAN.
  - c. DE CONFORMIDAD A LO ANTERIOR, EL MÉDICO TRATANTE EMITIRÁ SU CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA Y EN CASO DE PROCEDER, PROGRAMARÁ LA CITA PARA LAS SIGUIENTES VALORACIONES.
20. EL MÉDICO TRATANTE DEBERÁ REALIZAR LAS VALORACIONES MÉDICAS QUE ESTIME NECESARIAS, CON LA FINALIDAD DE QUE EN UN PLAZO NO MAYOR A 9 MESES, CONTADO A PARTIR DE LA EXPEDICIÓN DE LA PRIMERA LICENCIA MÉDICA, EMITA EL DIAGNÓSTICO A TRAVÉS DEL CERTIFICADO MÉDICO RT-09, PARA OTORGAR UNA INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE O PARA DETERMINAR LA AUSENCIA DE SECUELAS QUE PERMITA LA REINCORPORACIÓN DEL TRABAJADOR A SU CENTRO LABORAL.  
DENTRO DEL PLAZO SEÑALADO, LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DE LA UNIDAD HABRÁ DE REMITIR EL EXPEDIENTE CLÍNICO, ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE, Y EL RT-09, AL ÁREA DE MEDICINA DEL TRABAJO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES CORRESPONDIENTES.
21. RECIBIDO EL DIAGNÓSTICO DEL MÉDICO TRATANTE, ASÍ COMO LAS VALORACIONES TRIMESTRALES, EL RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO PROCEDERÁ A DICTAMINAR DENTRO DEL PLAZO DE 60 DÍAS NATURALES LA AUSENCIA DE SECUELAS VALUABLES, INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE O INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE.



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4044

**DE LA INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE**

22. EL MÉDICO TRATANTE AL PRACTICAR LA PRIMERA VALORACIÓN MÉDICA Y EN CASO DE TRATARSE DE UNA PATOLOGÍA QUE SE CONSIDERE COMO IRREVERSIBLE O NO OFREZCA ALTERNATIVA DE MEJORÍA, EMITIRÁ DE FORMA INMEDIATA EL CERTIFICADO MÉDICO RT-09 (POR EJEMPLO: LOS CASOS DE AMPUTADOS O EN PÉRDIDA TOTAL O PARCIAL DE ALGÚN ÓRGANO).
23. LAS SUBSECUENTES VALORACIONES MÉDICAS TRIMESTRALES SE EFECTUARÁN A CRITERIO DEL MÉDICO TRATANTE SEGÚN LA PATOLOGÍA QUE PRESENTE EL TRABAJADOR, PARA LO CUAL SE REALIZARÁN LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE QUE SE REQUIERAN.
24. UNA VEZ OBTENIDOS LOS RESULTADOS DE CADA UNA DE LAS VALORACIONES PRACTICADAS POR EL MÉDICO TRATANTE, EL ÁREA MÉDICA ENVIARÁ DE FORMA TRIMESTRAL A LAS SUBDELEGACIONES DE PRESTACIONES DE SU ZONA O REGIÓN, DICHS RESULTADOS POR MEDIO DE LA HOJA DE EVOLUCIÓN FIRMADA POR EL MÉDICO TRATANTE DEBIDAMENTE SELLADA Y VALIDADA POR LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DE LA UNIDAD CORRESPONDIENTE, PARA SU RESPECTIVO SEGUIMIENTO.
25. EL MÉDICO TRATANTE PODRÁ EMITIR EN CUALQUIERA DE LAS VALORACIONES EL DIAGNÓSTICO EN EL CERTIFICADO MÉDICO RT-09, PARA SU ENVÍO JUNTO CON LOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO CORRESPONDIENTES, A LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES.
26. EL CAMBIO DE ACTIVIDAD SE SEÑALARÁ EN EL REVERSO DEL FORMATO RT-09, Y SU DICTAMEN SERÁ RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, POR LO QUE NO TENDRÁ VALOR EL CAMBIO DE ACTIVIDAD EXPEDIDO EN OTRO DOCUMENTO.
27. EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO DICTAMINARÁ LAS SECUELAS, RELATIVAS AL GRADO DE DISMINUCIÓN ÓRGANO-FUNCIONAL DEL TRABAJADOR CONFORME A LA TABLA DE VALUACIÓN DEL ARTÍCULO 514 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO. EL RESULTADO DE LA VALUACIÓN DE SECUELAS DARÁ ORIGEN AL PAGO DE UNA PENSIÓN POR INCAPACIDAD PARCIAL PROVISIONAL.
28. LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES, DENTRO DEL PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA DICTAMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD PARCIAL, NOTIFICARÁ LA RESOLUCIÓN AL TRABAJADOR, A LA UNIDAD MÉDICA, A LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA DE LA ZONA O REGIÓN Y A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4045

**DE LAS REVALORACIONES**

29. UNA VEZ DICTAMINADA LA INCAPACIDAD PARCIAL, ÉSTA CONTARÁ CON UN PERIODO DE ADAPTACIÓN DE DOS AÑOS.
30. EL TRABAJADOR CON LA FINALIDAD DE AUMENTAR O DISMINUIR EL PORCENTAJE OTORGADO DE LA INCAPACIDAD PARCIAL, PODRÁ SOLICITAR EN SU SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES SE LE PRACTIQUEN HASTA 4 REVALORACIONES MÉDICAS, ES DECIR, UNA CADA 6 MESES HASTA COMPLETAR EL PERIODO DE ADAPTACIÓN.
31. UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PERIODO DE ADAPTACIÓN DE DOS AÑOS, LAS SUBDELEGACIONES DE PRESTACIONES DEBERÁN REVALORAR ANUALMENTE A LOS PENSIONISTAS QUE LO SOLICITEN Y QUE GOZAN DE UNA INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE O AQUELLOS QUE EL ÁREA DE PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL ISSSTE INDIQUE REVALORAR, DEBIENDO ENVIAR A LA JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO, UN REPORTE TRIMESTRAL SOBRE LAS REVALORACIONES REALIZADAS.

**DE LA INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE**

32. ÉSTA RESOLUCIÓN PUEDE DARSE EN CUALQUIERA DE LAS VALORACIONES TRIMESTRALES.
33. EL MÉDICO TRATANTE EFECTUARÁ LA PRIMERA VALORACIÓN CON APOYOS DE DIAGNÓSTICO, DURANTE LOS PRIMEROS 90 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA EXPEDICIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA INICIAL.
34. EL MÉDICO TRATANTE AL PRACTICAR LA PRIMERA VALORACIÓN MÉDICA Y EN CASO DE TRATARSE DE UNA PATOLOGÍA QUE SE CONSIDERE COMO IRREVERSIBLE Y QUE INCAPACITE PERMANENTEMENTE AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR SU ACTIVIDAD LABORAL EMITIRÁ DE FORMA INMEDIATA EL CERTIFICADO MÉDICO RT-09, ENVIANDO LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES A LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DE SU ZONA O REGIÓN.
35. EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO ADSCRITO A LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES, DICTAMINARÁ EL CASO CONFORME AL DIAGNÓSTICO EMITIDO POR EL MÉDICO TRATANTE EN EL CERTIFICADO MÉDICO RT-09.
36. TRATÁNDOSE DE SECUELAS CONSIDERADAS COMO IRREVERSIBLES Y PARA LAS CUALES NO EXISTA OFERTA MÉDICA, EL FACULTATIVO DE MEDICINA DEL TRABAJO, PROCEDERÁ A LA SUMA DE PORCENTAJES (100%), DE ACUERDO A LA TABLA DE VALUACIÓN DE INCAPACIDADES CONTENIDA EN EL ARTÍCULO 514 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO.



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4046

37. UNA VEZ INTEGRADO EL EXPEDIENTE CLÍNICO-ADMINISTRATIVO CON SU RESPECTIVO SUSTENTO, EL CASO SERÁ INVIADO AL COMITÉ DE MEDICINA DEL TRABAJO PARA SU REVISIÓN CONFORME AL "MANUAL DE FUNCIONAMIENTO E INTEGRACIÓN DEL COMITÉ DE MEDICINA DEL TRABAJO" QUE PREVEÉ ENTRE OTRAS DE SUS FACULTADES, LA DE APROBAR O NEGAR LA PROCEDENCIA DEL BENEFICIO PENSIONARIO POR INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE.
38. SI EL COMITÉ DE MEDICINA DEL TRABAJO RESUELVE APROBAR EL ESTADO DE INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE DEL TRABAJADOR, LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES, DENTRO DEL PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA DICTAMINACIÓN O QUE TENGA CONOCIMIENTO DE ÉSTA, DEBERÁ NOTIFICAR LA RESOLUCIÓN AL TRABAJADOR, A LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA DE LA DELEGACIÓN CORRESPONDIENTE, A LA UNIDAD MÉDICA, Y A LAS DEPENDENCIAS O ENTIDADES AFILIADAS.
39. SI LA DICTAMINACIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE DEL TRABAJADOR, LA EMITE EL COMITÉ DE MEDICINA DEL TRABAJO EN SENTIDO NEGATIVO, DEBERÁ NOTIFICARSE AL TRABAJADOR, A LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA, A LA UNIDAD MÉDICA, A LAS DEPENDENCIAS O ENTIDADES DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y A MEDICINA DEL TRABAJO.



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4047

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	TRABAJADOR	Inicia el procedimiento. Sufre riesgo de trabajo y acude o es trasladado al servicio médico correspondiente.
2	UNIDAD MÉDICA (MÉDICO TRATANTE)	Recibe al trabajador y proporciona atención médica, evalúa y requisita formato "Certificado Médico Inicial" RT-02.
3		Entrega al trabajador el formato "Certificado Médico Inicial" RT-02 y la "Solicitud de Calificación de Probable Riesgo de Trabajo" RT-01 para solicitar una pensión.
4	TRABAJADOR / REPRESENTANTE	Recibe formatos RT-02 y RT-01.
5		Acude al Área de Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones de la Delegación correspondiente para iniciar trámite de calificación de probable riesgo de trabajo.
6		Entrega original y copia de la siguiente documentación: – Solicitud de Calificación de Probable Riesgo de Trabajo RT-01. – Certificado Médico Inicial RT-02.
7	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES (MEDICINA DEL TRABAJO)	Recibe formatos RT-01 y RT-02, firma acuse en copias.
8		Entrega al trabajador el formato "Requisitos para el Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo RT-03" (RT-03A, RT-03B ó RT-03C según la naturaleza del riesgo) para que recopile y entregue documentación en un plazo máximo de 10 días hábiles.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4048

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
9	TRABAJADOR / REPRESENTANTE	Recibe formato RT-03 y recopila documentación.
10		Entrega documentación al Área de Medicina del Trabajo.
11	MEDICINA DEL TRABAJO	Recibe la documentación y turna al Médico de Medicina del Trabajo.
12	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES (MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO)	Recibe documentación y efectúa revisión técnica para confirmar riesgo de trabajo.
13		Registra en formato "Solicitud de Calificación de Probable Riesgo de Trabajo" RT-01 motivos de improcedencia o procedencia del riesgo de trabajo.
14		Envía formato RT-01 en un plazo de 10 días hábiles a las siguientes instancias: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Medicina del Trabajo (original)</li> <li>– Trabajador (copia)</li> <li>– Subdelegación Médica (copia)</li> <li>– Unidad Médica responsable de expedir las licencias médicas (copia)</li> <li>– Dependencia o Entidad de adscripción del trabajador (copia)</li> </ul>
15	TRABAJADOR / REPRESENTANTE	Recibe copia de formato RT-01.
		¿Qué tipo de riesgo es?
15.1		NO TRABAJO. Si está en desacuerdo deberá promover su inconformidad. (Continúa en el procedimiento 23 "Trámite para la Atención de Inconformidades de Calificación de Riesgos de Trabajo").

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4049

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
15.2	MÉDICO TRATANTE	SI TRABAJO. Acude con el Médico Tratante de su Unidad Médica correspondiente para determinar su situación médico-laboral a través de una valoración de secuelas y le otorgue o no licencias médicas.
16		Evalúa al trabajador y emite diagnóstico en formato "Certificado Médico" RT-09.
17		Envía al Médico de Medicina del Trabajo formato RT-09 y expediente del trabajador.
18	MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO	Recibe formato RT-09 y expediente, y de acuerdo a las secuelas del riesgo determina incapacidad.
		¿Qué tipo de incapacidad es?
18.1		INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE. Integra formato RT-09 al expediente y envía al Comité de Medicina del Trabajo para su revisión conforme al "Manual de Funcionamiento e Integración del Comité de Medicina del Trabajo" y apruebe o niegue la procedencia de la pensión. (Termina procedimiento en ésta actividad).
18.2		INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE. Otorga pensión conforme al grado de disminución órgano-funcional del trabajador según la Tabla de Valuación de Incapacidades de la Ley Federal del Trabajo.
19	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES (DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE)	Integra formato RT-09 a expediente y envía al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene de la Subdelegación de Prestaciones de la Delegación correspondiente.
20		Recibe expediente y extrae formato RT-09.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4050

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
21		Elabora Oficio de Notificación y entrega original junto con formato RT-09 a: <ul style="list-style-type: none"><li>– Trabajador,</li><li>– Unidad Médica,</li><li>– Subdelegación Médica ,</li><li>– Dependencia o Entidad de adscripción del trabajador.</li></ul>
22		Elabora formato “Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo” RT-13, “Cédula de Incorporación a Nómina” RT-10 y envía al Subdelegado de Prestaciones.
23	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Recibe formatos RT-13 y RT-10, firma y envía al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene de la Subdelegación de Prestaciones.
24	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES (DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE)	Recibe formatos RT-13 y RT-10, procesa el alta en nómina de la pensión (Conforme al “Manual de Asignación de Derechos”) para obtener los siguientes productos en sistema: <ul style="list-style-type: none"><li>– “Concesión de Pensión” RT-11,</li><li>– “Liquidación de Pago Previa Incorporación a Nómina” RT-12,</li><li>– Credencial de pensionista.</li></ul>
25		Incorpora formatos RT-13, RT-10, RT-11, RT-12 y credencial en expediente, archiva temporalmente.
26		Notifica a trabajador para que se presente con un documento-comprobante.
27	TRABAJADOR / REPRESENTANTE	Recibe notificación y acude al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene de la Subdelegación de Prestaciones de la Delegación correspondiente, entrega documento-comprobante que acredite el otorgamiento de la pensión.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B





**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4051

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
28	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES (DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE)	Recibe documento-comprobante, localiza expediente del trabajador, extrae y entrega: <ul style="list-style-type: none"><li>– “Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo” RT-13 (copia),</li><li>– Credencial de pensionista,</li><li>– Fecha-lugar para recoger cheque.</li></ul>
29	TRABAJADOR / REPRESENTANTE	Recibe copia de formato RT-13, credencial y fecha-lugar de pago.
30	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES (DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE)	Extrae de expediente copia de formatos RT-11, RT-12, envía al Subdelegado de Prestaciones y archiva expediente.
31	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Recibe copia de formatos RT-11 y RT-12, firma y envía a la Subdelegación de Administración.
32	SUBDELEGACIÓN DE ADMINISTRACIÓN	Recibe formatos RT-11 y RT-12, elabora cheque y recaba firma del Subdelegado de Administración.
33		Envía cheque junto con formatos RT-11 y RT-12 a la Caja Delegacional.
34	CAJA DELEGACIONAL	Recibe formatos RT-11, RT-12 y cheque de primer pago para su entrega al trabajador.
35	TRABAJADOR / REPRESENTANTE	Acude a Caja de la Delegación de acuerdo a la fecha y lugar indicados para recoger cheque y entrega: <ul style="list-style-type: none"><li>– “Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo” RT-13 (copia),</li><li>– Credencial de pensionista.</li></ul>

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL  
OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR  
INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL  
PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4052

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
36	CAJA DELEGACIONAL	Recibe formato RT-13, credencial y entrega: <ul style="list-style-type: none"><li>– “Concesión de Pensión” RT-11,</li><li>– Cheque del primer pago del beneficio.</li></ul>
37	TRABAJADOR / REPRESENTANTE	Recibe formato RT-11 y cheque, acusa de recibo en formato “Liquidación de Pago Previa Incorporación a Nómina” RT-12.  Termina el procedimiento.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

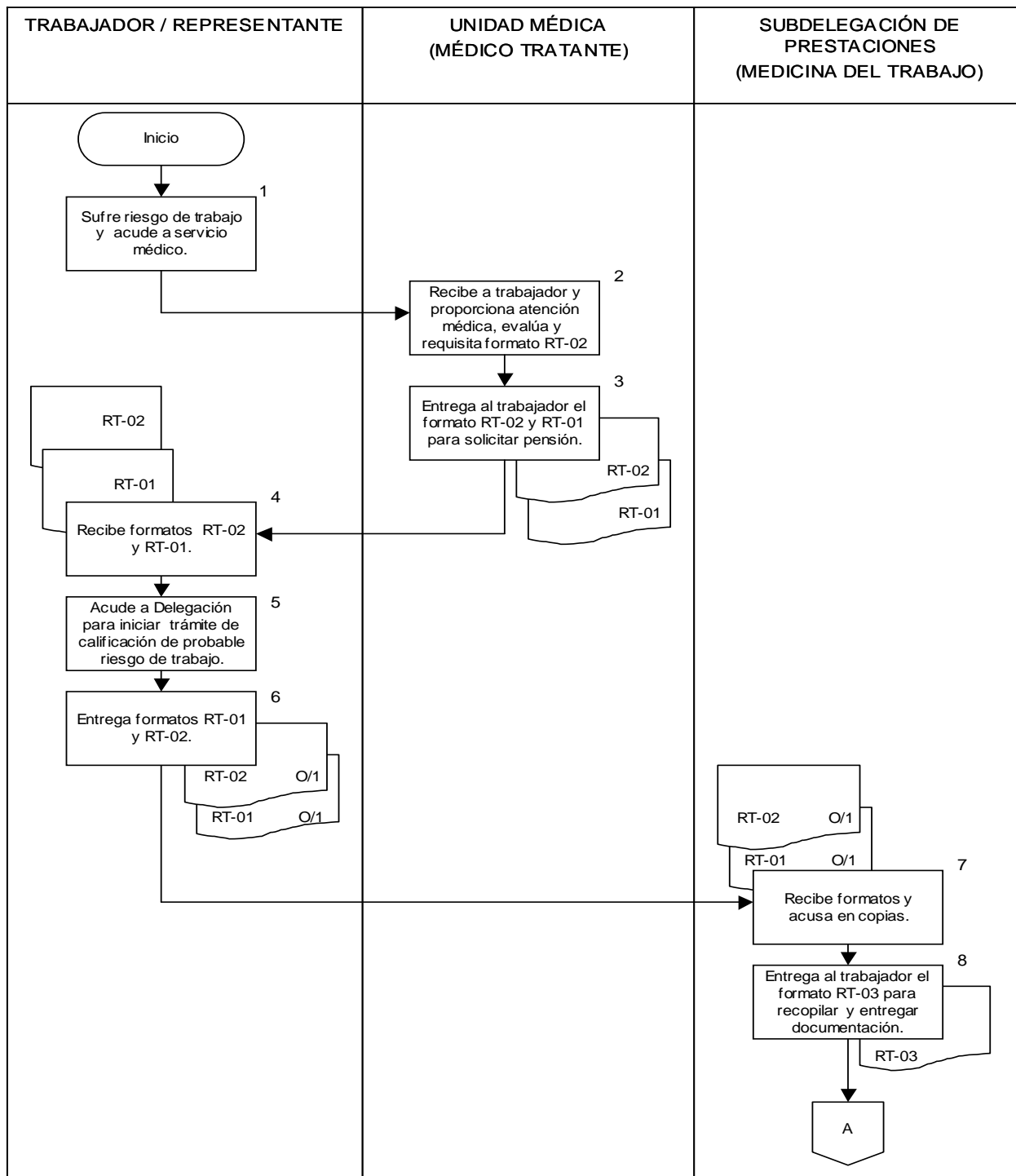
**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4053

**4. DIAGRAMA DE FLUJO**



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

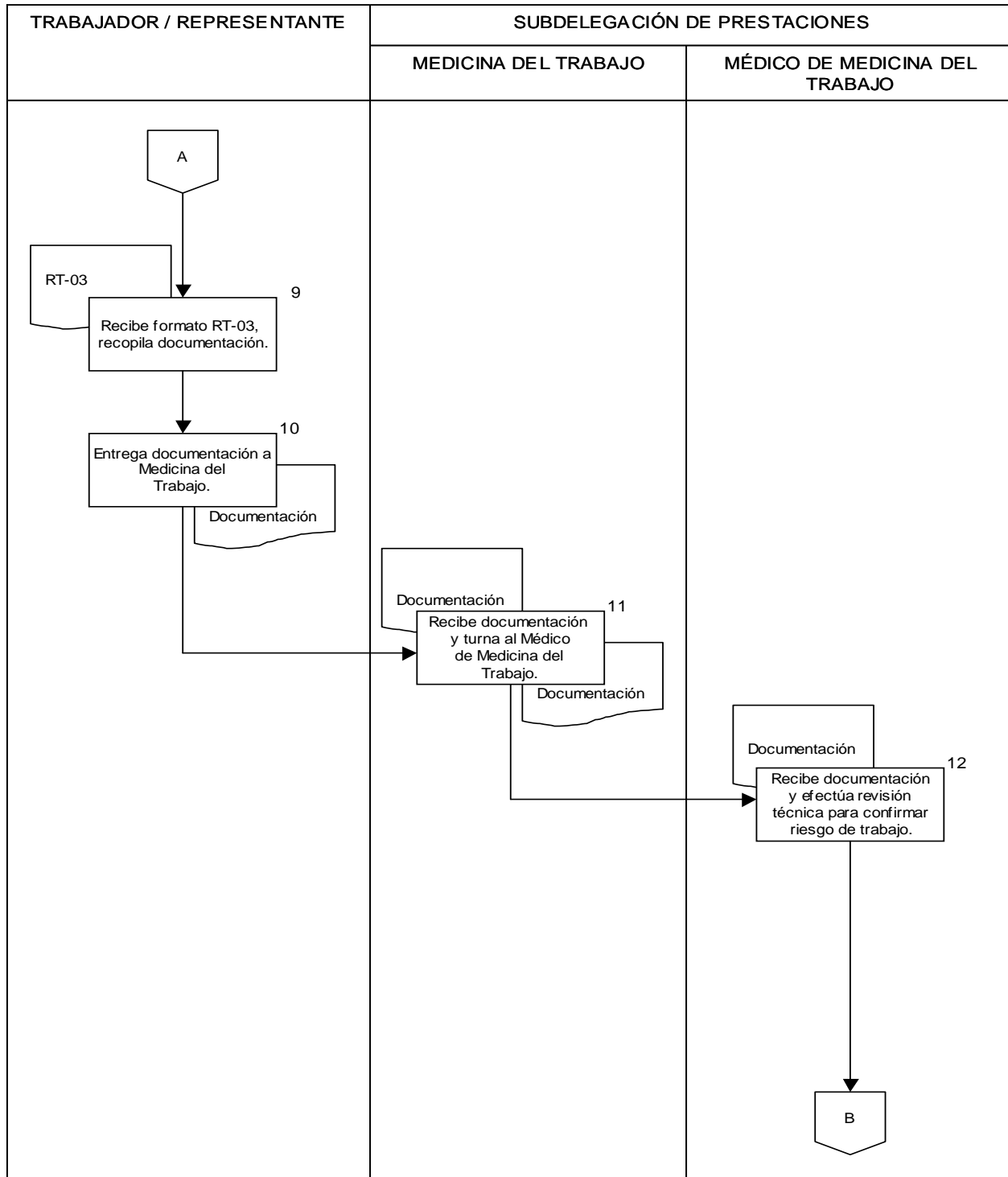
Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

4054



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

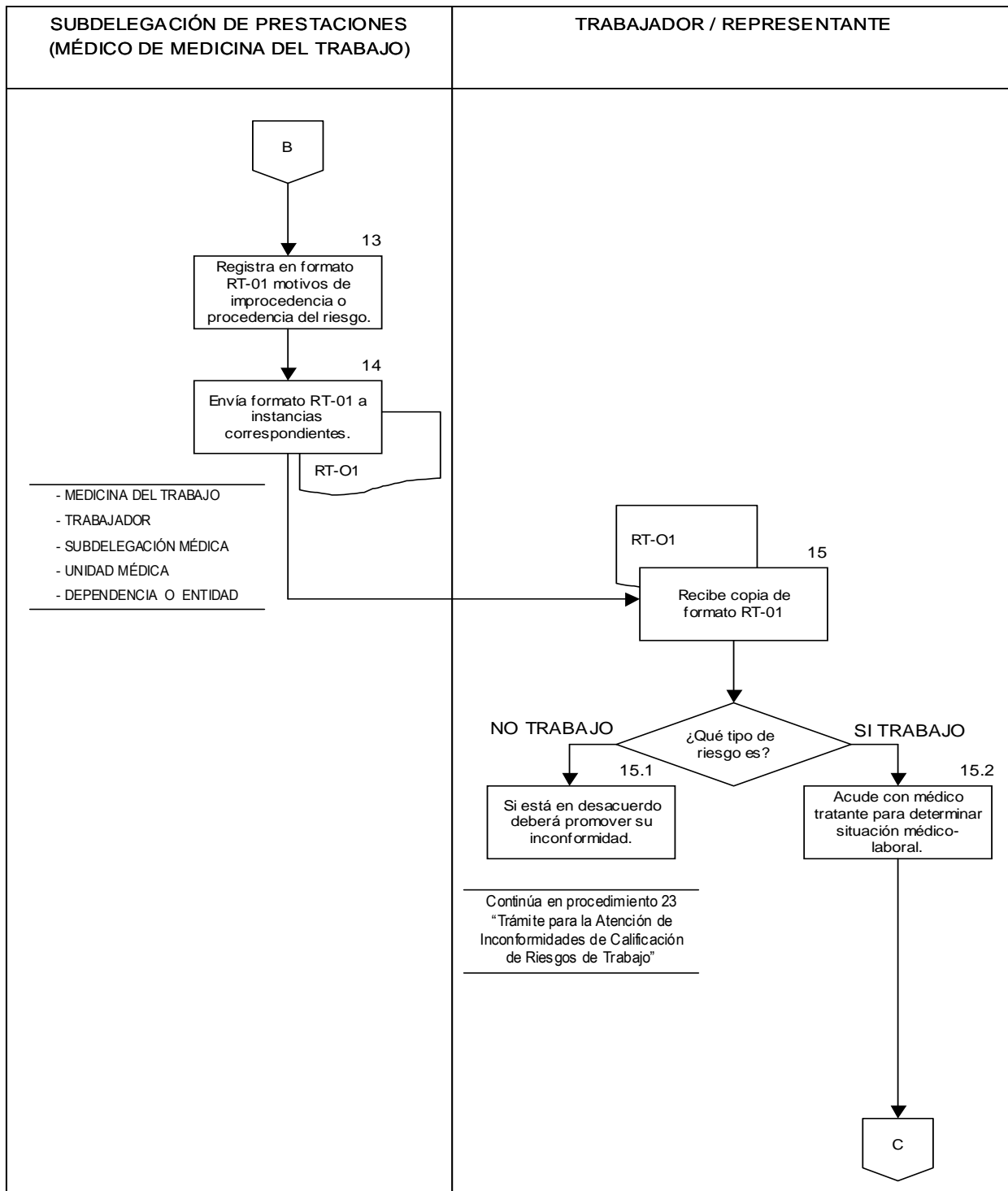
**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4055





**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

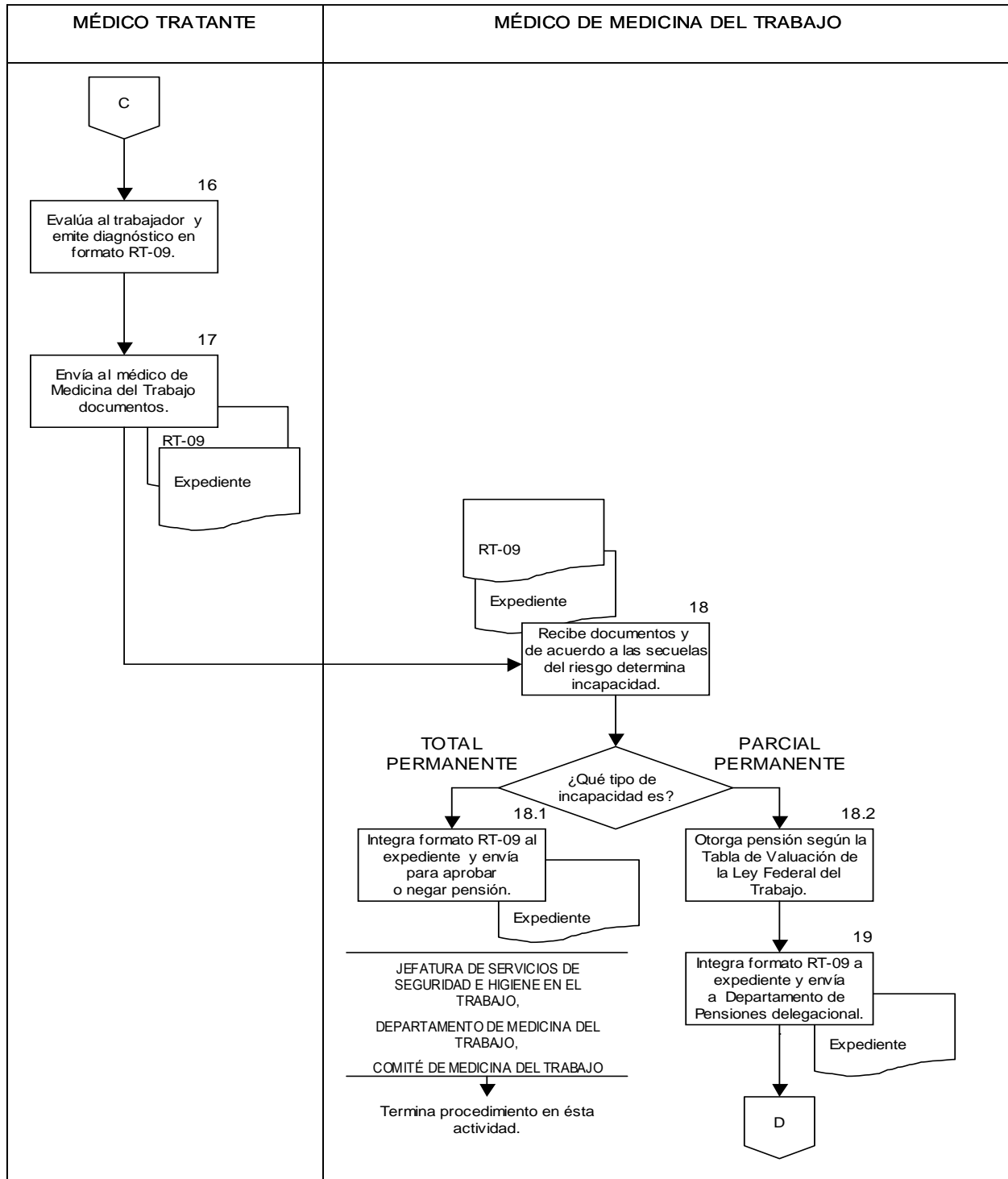
**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4056





**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

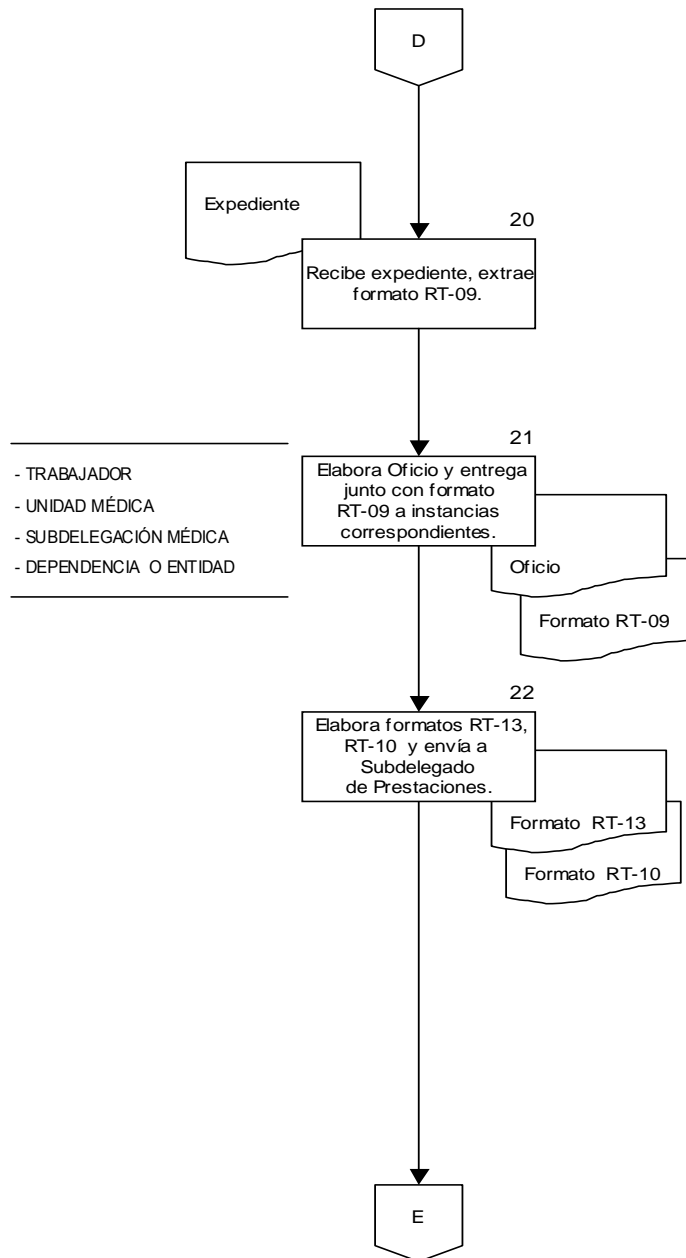
Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

4057

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES  
(DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE)**





**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

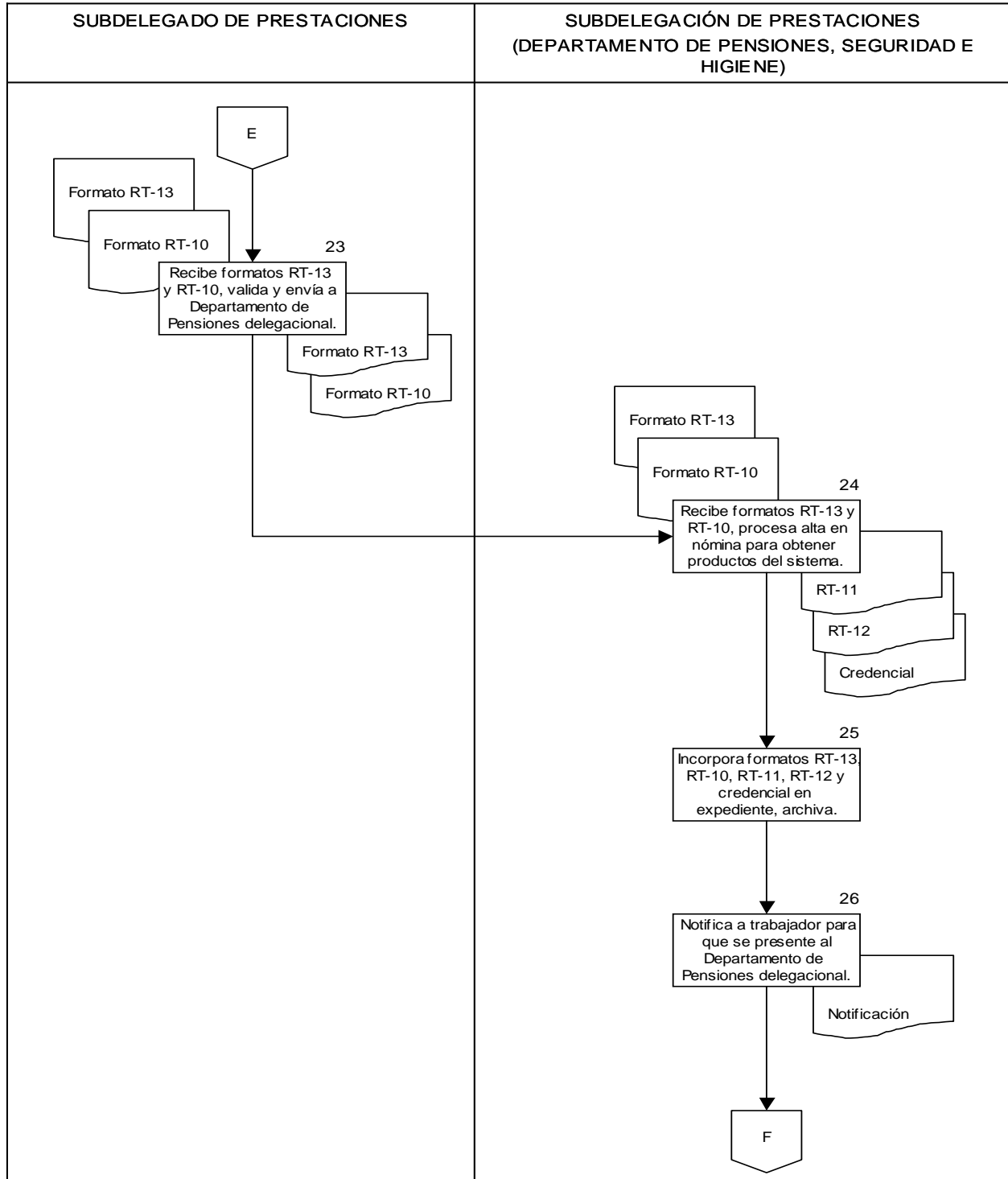
Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

4058



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B





**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

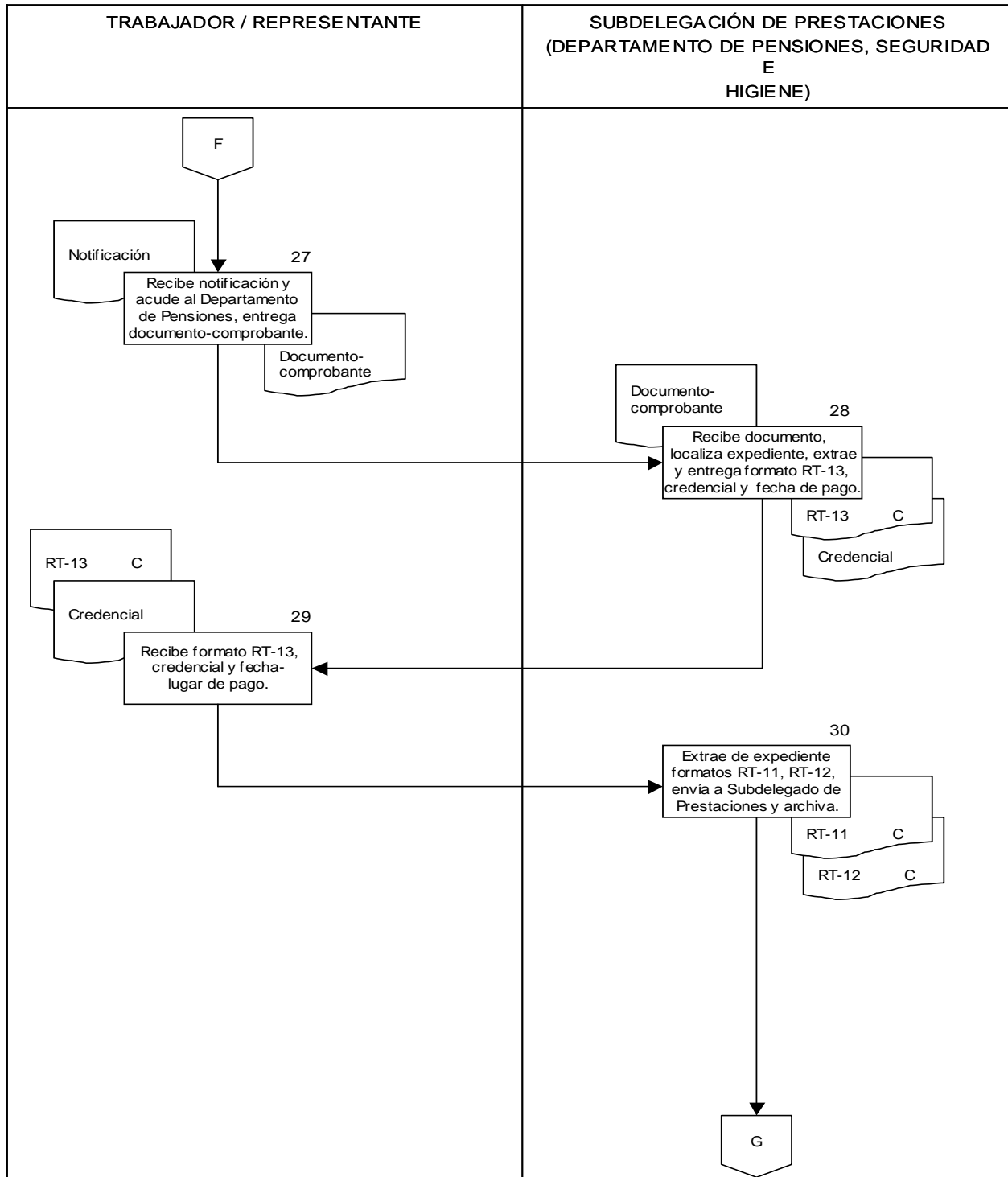
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4059



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

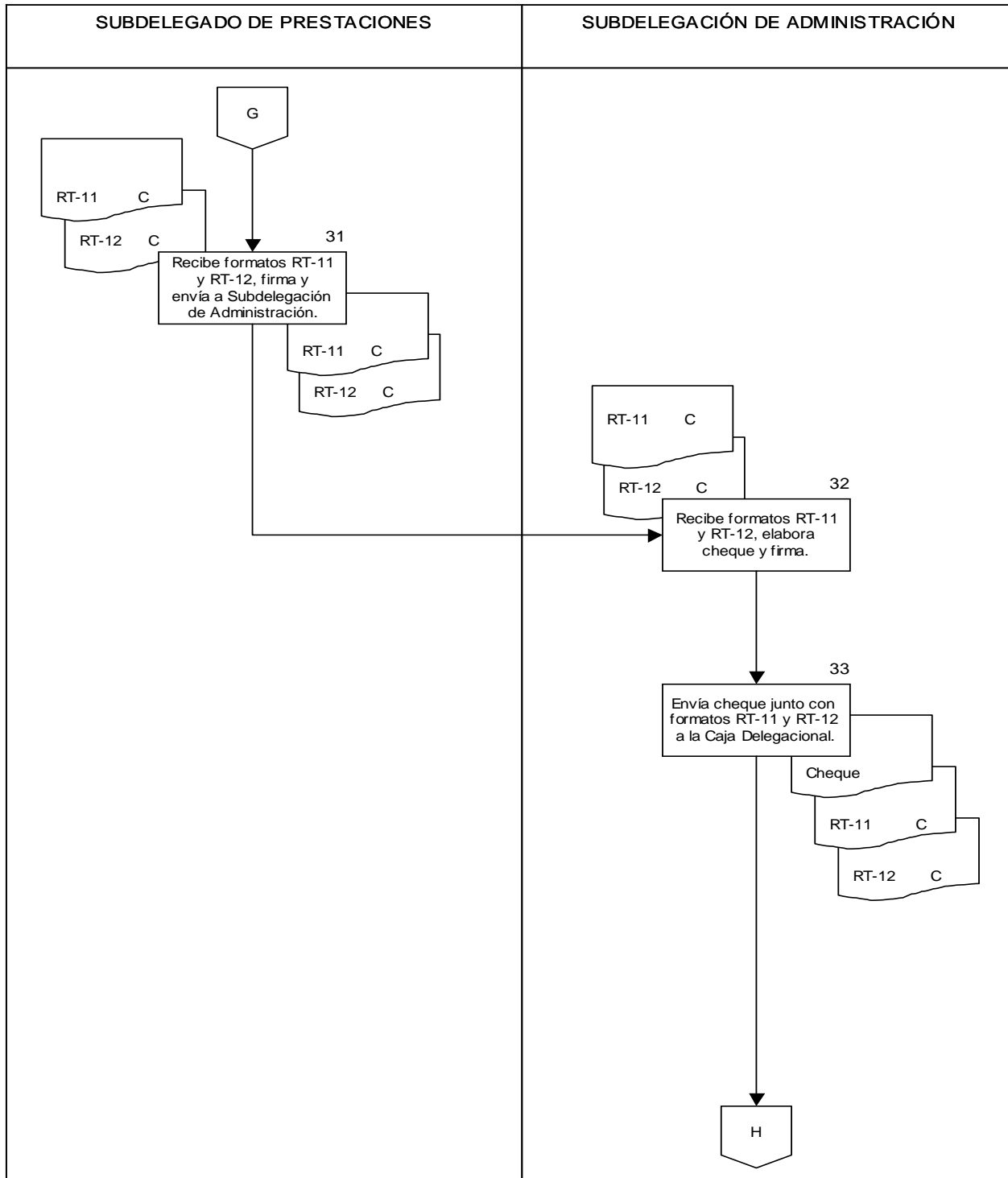
Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

4060





**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

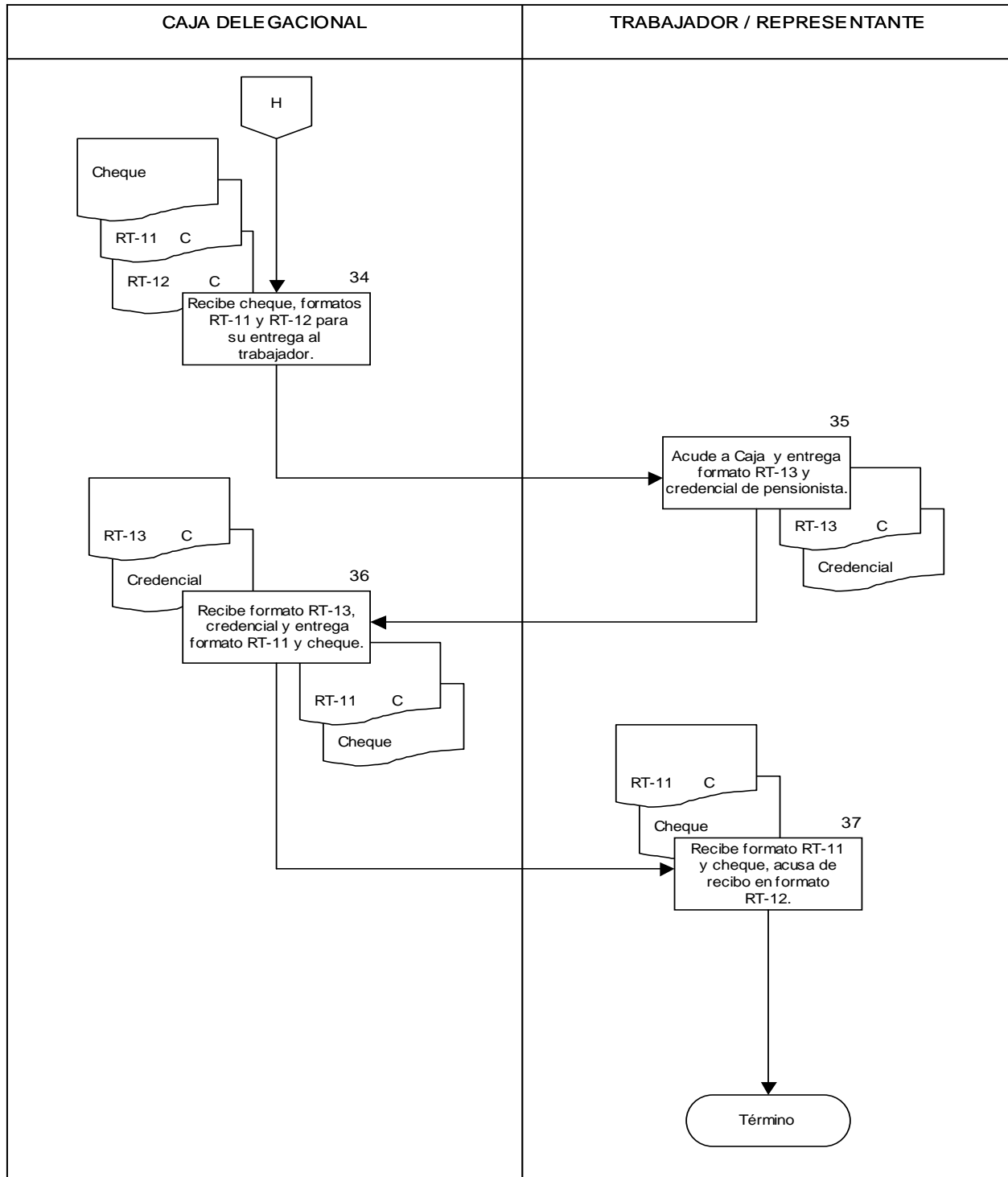
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4061





**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4062

**5. REGISTROS**

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

**6. REFERENCIAS**

1. Guía para la Administración de Archivos de Riesgos del Trabajo y Subsidios por Enfermedades no Profesionales.
2. Tabla de Valuación de Incapacidades.
3. Manual de Funcionamiento e Integración del Comité de Medicina del Trabajo.
4. Manual de Asignación de Derechos.

**7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES**

- Incapacidad Parcial Permanente: es la pérdida de la función orgánica o corporal que sufre una persona en forma permanente.
- Incapacidad Total Permanente: es la pérdida de las facultades o aptitudes de una persona para desempeñar cualquier trabajo durante el resto de su vida.
- Licencia Médica: documento que justifica la enfermedad del trabajador y o inhabilita temporalmente para presentarse en su centro de trabajo.
- Médico de Medicina del Trabajo: facultativo de Medicina del Trabajo adscrito en la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE.
- Médico Tratante: médico familiar o especialista adscrito a las Unidades Médicas del ISSSTE, que diagnostica la enfermedad de un paciente y prescribe el tratamiento para aliviarla.
- Revaloración: revisión de la Incapacidad Parcial Provisional o Permanente, con el fin de reclasificar la pensión del trabajador condicionado a su estado funcional.
- Valuación de Secuelas: dictaminación del grado de disminución órgano-funcional del trabajador conforme a la Tabla de Valuación del artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo.

**8. ANEXOS**

- a. Certificado Médico Inicial (RT-02)
- b. Solicitud de Calificación de Probable Riesgo de Trabajo (RT-01)
- c. Requisitos para el Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo (RT03A, RT-03B ó RT-03C)
- d. Certificado Médico (RT-09)

*"Solicitar instructivos RT-02, RT-01, RT-03 y RT-09 al área normativa vigente".*



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4063

- e. Oficio de Notificación de Procedencia de Incapacidad Total Permanente.
- f. Oficio de Notificación de Aprobación del Estado de Incapacidad Total Permanente y se Solicita la Baja Laboral del Señor (a).
- g. Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo de Trabajo (RT-13)
- h. Cédula de Incorporación a Nómina (RT-10)
- i. Concesión de Pensión (RT-11)
- j. Liquidación de Pago Previa Incorporación a Nómina (RT-12)

**9. RESUMEN DE CAMBIOS**

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

Nombre	Nombre	Nombre
Elaboró	Revisó	Aprobó



**20. TRÁMITE PARA EL  
OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR  
INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL  
PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4064

## **8. ANEXOS**



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>	<b>Fecha de autorización</b>			<b>No. de Página</b>
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	
		21	12	2007	
					4065

**a. Certificado Médico Inicial (RT-02)**



SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES  
SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA  
CERTIFICADO MÉDICO INICIAL

FORMATO RT-02

**CERTIFICADO INICIAL**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ RFC O CURP: \_\_\_\_\_

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

UNIDAD MÉDICA 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 RECIBIO AL PACEINTE									
	DÍA	MES	AÑO	HORA	MIN				

MARQUE CON UNA "X" LO QUE SE RELACIONA CON EL PADECIMIENTO ACTUAL							
RIÑA		ALIENTO ALCOHOLICO		INTENCIONALIDAD DE LA LESIÓN		TOXICOS	
ESTADO DE EBRIEDAD		BAJO EFECTO DE DROGAS		POR PRESCRIPCIÓN MEDICA			

**PADECIMIENTO ACTUAL**

**EXPLORACION FISICA (LESIONES ANATOMICAS)**

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL  
OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR  
INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL  
PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4066



SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES  
SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA  
CERTIFICADO MÉDICO INICIAL

FORMATO RT-02

LABORATORIO Y GABINETE

DIAGNOSTICO NOSOLOGICO

DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO

DIAGNÓSTICO ANATOMO FUNCIONAL

PRONÓSTICO

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  
SUBDELEGADO DE PRESTACIONES. PRESENTE  
EXPEDIENTE CLÍNICO. MEDICINA FAMILIAR

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4067

**b. Solicitud de Calificación de Probable Riesgo de Trabajo (RT-01)**



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:  
PARA USO DEL TRABAJADOR

**1.1 DATOS DEL TRABAJADOR:**

NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE (S) \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR \_\_\_\_\_ CALLE \_\_\_\_\_ NO. EXTERIOR \_\_\_\_\_ NO. INTERIOR \_\_\_\_\_

COLONIA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

DELEGACIÓN O MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_

RFC O CURP \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL FAMILIAR REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO POR EL TRABAJADOR EN SU CASO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ NO. EMPLEADO \_\_\_\_\_

PUESTO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE 1ª COTIZACIÓN AL ISSSTE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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 DE LOS MISMOS.

**ATENTAMENTE**

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR \_\_\_\_\_

**1.2 DATOS DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD:**

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA \_\_\_\_\_ NÚMERO DE RAMO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ CENTRO DE ADSCRIPCIÓN \_\_\_\_\_

COLONIA \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

JEFE INMEDIATO QUE TOMA CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE \_\_\_\_\_  
PUESTO \_\_\_\_\_ NO. EMPLEADO \_\_\_\_\_

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

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA DEPENDENCIA \_\_\_\_\_

NOTA: EL ANVERSO LO LLENA LA DEPENDENCIA EN DONDE LABORA EL TRABAJADOR Y EL REVERSO LO LLENA MEDICINA DE TRABAJO Y SE CONSIGNARÁN LAS FIRMAS DE LAS AUTORIDADES DE LA SUBDELEGACIÓN

SELLO DE LA DELEGACIÓN

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4068



SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES  
SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO

**FORMATO RT-01**

**DICTAMEN DE CALIFICACIÓN:**

NATURALEZA DEL RIESGO		FECHA			
		DÍA	MES	AÑO	HORA
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	HORA

**PARA USO DEL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO**

**DIAGNÓSTICOS**

**CONCLUSIONES**

CONFORME A LOS ELEMENTOS APÓRTADOS 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 CONSIGUIENTE, EL RIESGO DE TRABAJO SE CALIFICA COMO

"SI DE TRABAJO"		"NO DE TRABAJO"	
-----------------	--	-----------------	--

LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 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

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

SELLO DE LA DELEGACIÓN

**NOTA IMPORTANTE. EN CASO DE IMPROCEDENCIA ESTE FORMATO DEBERA TENER LA FIRMA DEL DELEGADO ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS**

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4069

c. Requisitos para el Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo (RT-03A)



**REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (CENTRO DE TRABAJO)**

FORMATO RT-03A

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN : \_\_\_\_\_  
TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

RFC

TELÉFONO

DÍA MES AÑO  
FECHA DE SOLICITUD (RTO1)

NOMBRE DEL 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.		

III.

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

II.

5	CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)	
	- FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE - LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIA MÉDICAS OTORGADAS	
6	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS, DE EXISTIR.	
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.		

IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR

9	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
10	COPIA DE LA NECROPSIA DE LA LEY	
11	EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICO POST-MORTEM	
ADEMÁS, SE DEBERÁ ENTREGAR, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN LOS APARTADOS I, II Y III.		

ANVERSO

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL  
OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR  
INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL  
PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4070



**REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO  
(CENTRO DE TRABAJO)**

**FORMATO RT-03A**

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 REQUERIMIENTOS

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE  
ENTREGA EL PRESENTE FORMATO

SELLO DE LA  
SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES

CCP. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

REVERSO

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4071

**Requisitos para el Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo (RT-03B)**



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

FORMATO RT-03B

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN : \_\_\_\_\_

TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
RFC

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO

DÍA	MES	AÑO
FECHA DE SOLICITUD (RTO1)		

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL 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	TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA	
5	CROQUIS Y TIEMPO DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO-ESTANCIA INFANTIL-CENTRO DE TRABAJO/CENTRO DE TRABAJO-ESTANCIA INFANTIL-DOMICILIO)	
6	TALÓN DE PAGO RECIENTE	

**LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 3 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.**

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

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

**III.**

10	AVERIGUACIÓN PREVIA	
11	REPORTE DE ASEGURADORA DE AUTOMOVIL, EN SU CASO.	
12	PARTE DE AMBULANCIA	

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

ANVERSO

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL  
OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR  
INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL  
PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4072



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

FORMATO RT-03B

**IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR**

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

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

1	CREDENCIAL VIGENTE DEL INFANTE	
2	FECHA DE IDENTIFICACIÓN DEL INFANTE	
3	CONSTANCIA DE HORARIO DEL INFANTE	
4	EN CASO DE ENFERMEDAD, CONSTANCIA DE SUSPENSIÓN DEL INFANTE.	
5	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 AUTOGRAFA 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. \_\_\_\_\_  
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 REQUERIMIENTOS

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE  
ENTREGA EL PRESENTE FORMATO

SELLO DE LA  
SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES

CCP. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

REVERSO

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4073

**Requisitos para el Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo (RT-03C)**



**REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (COMISIÓN)**

FORMATO RT-03C

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN : \_\_\_\_\_

TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
RFC

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO

DÍA	MES	AÑO
FECHA DE SOLICITUD (RTO1)		

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL 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	OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN	
5	CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO	
6	CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN	
7	CROQUIS Y TIEMPO DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO/CENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)	
8	TALÓN DE PAGO RECIENTE	

**LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 3 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.

9	CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02) - FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE - LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS	
10	COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS	
11	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 Y SELLO DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.**

ANVERSO

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL  
OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR  
INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL  
PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4074



**REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO  
(COMISIÓN)**

FORMATO RT-03B

III.

12	AVERIGUACIÓN PREVIA	
13	EXÁMENES QUÍMICO-TOXICOLÓGICOS	
14	PARTES DE LA POLICÍA FEDERAL PREVENTIVA (SECTOR CAMINOS)	
15	PARTES DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL	
16	PARTES 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

1	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
2	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY.	
3	EXÁMEN 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 REQUERIMIENTOS

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE  
ENTREGA EL PRESENTE FORMATO

SELLO DE LA  
SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES

CCP. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

REVERSO

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

4075

**d. Certificado Médico (RT-09)**

**RT-09 TRAMITE GRATUITO**

**CERTIFICADO MEDICO DE INVALIDEZ POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE AJENO AL TRABAJO O DE INCAPACIDAD PERMANENTE O DEFUNCION POR RIESGO DE TRABAJO.**

ISSSTE  
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS, SOCIALES Y CULTURALES

PARA USO EXCLUSIVO DEL MEDICO TRATANTE

LLENESE A MAQUINA

**1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

**1.1. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR**

R.F.C. EDAD SEXO  
DOMICILIO PARTICULAR No. EXT. No. INT.  
COLONIA LOCALIDAD C.P.  
MPIO. O DELEG. POLITICA ENTIDAD FEDERATIVA TELEFONO

**1.2. DATOS DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD**

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCION  
NUMERO DE RAMO DOMICILIO No. EXT. No. INT.  
COLONIA LOCALIDAD C.P.  
MPIO. O DELEG. POLITICA ENTIDAD FEDERATIVA TELEFONO

**1.3. UNIDAD MEDICA DE ADSCRIPCION:**

**2. DIAGNOSTICO MEDICO**

**2.1. DESCRIBIR RESUMEN CLINICO, EXAMENES DE GABINETE Y LABORATORIO E INTERCONSULTAS DE APOYO, PRECISANDO FECHAS**

**2.2. DIAGNOSTICO FINAL**

**2.3. SE CONCEDE(N) LICENCIA(S) MEDICA(S)** SI ☐ NO ☐ NUMERO DE LICENCIAS ☐ DIAS AMPARADOS ☐

**3. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y ELABORACION**

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL MEDICO TRATANTE ESPECIALIDAD DIA MES AÑO

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL SUBDIRECTOR MEDICO DE LA UNIDAD SELLO DE LA SUBDIRECCION MEDICA DE LA UNIDAD

ENTREGUESE A ASEGURADORA HIDALGO, S.A. DE C.V. SOLO EN CASO DE DICTAMEN DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

**ORIGINAL : EXPEDIENTE DE PRESTACIONES ECONOMICAS**

NUMERO DE FOJAS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE ANVERSO

LA FALSIFICACION TOTAL O PARCIAL DE ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES PENALES APLICABLES EN EL TERRITORIO NACIONAL

INFORMACION EN EL CONTENIDO, AQUEL QUE CONTRAVIENE ESTA DISPOSICION SERA SANCIONADO DE ACUERDO CON LO PREVISTO EN LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PUBLICOS

QUEDA PROHIBIDA LA REPRODUCCION TOTAL O PARCIAL DE ESTE DOCUMENTO, ASI COMO ALTERAR O FALSIFICAR LA



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

4076

PARA USO EXCLUSIVO DEL MEDICO RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO

4. INFORMACION LABORAL DEL TRABAJADOR REVERSO

4.1. OCUPACION ACTUAL Y TIEMPO DE EJERCERLA \_\_\_\_\_

4.2. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES \_\_\_\_\_

5. DICTAMEN MEDICO

5.1 NATURALEZA DEL RIESGO 5.2 CLASE DE RIESGO 5.3 EL RIESGO SE PRESENTO

AIENO AL TRABAJO ☐ ENFERMEDAD ☐ CON MOTIVO O EN

DE TRABAJO ☐ ACCIDENTE ☐ EJERCICIO DE SU TRABAJO ☐

EN TRAYECTO ☐

5.4 FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O PROBABLE INICIO DE LA ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

5.5 EL C. \_\_\_\_\_

6. TIPO DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD

6.1 ESTE PADECIMIENTO PROVOCO AL TRABAJADOR:

INVALIDEZ ☐ INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE ☐ AUSENCIA DE SECUELAS VALUABLES ☐

MUERTE ☐ INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE ☐ CAMBIO DE ACTIVIDAD ☐

6.2 NUMERAL Y PORCENTAJE DE VALUACION CONFORME AL ARTICULO 514 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO

NUMERAL	PORCENTAJE	DESCRIPCION
TRAMITE GRATUITO	TRAMITE GRATUITO	TRAMITE GRATUITO
TRAMITE GRATUITO	TRAMITE GRATUITO	TRAMITE GRATUITO
TRAMITE GRATUITO	TRAMITE GRATUITO	TRAMITE GRATUITO
TRAMITE GRATUITO	TRAMITE GRATUITO	TRAMITE GRATUITO

6.3 INCAPACIDAD PERMANENTE NUMERO LETRA FECHA DE INICIO

SUMA DE PORCENTAJES \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

7. DEFUNCION

CAUSAS: \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

8. RESPONSABLES

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, CLAVE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL MEDICO RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO QUE EXPIDE EL DICTAMEN

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA EN QUE SE ELABORO EL DICTAMEN

IMPORTEANTE EL PRESENTE DICTAMEN CUBRE REQUISITOS INFORMATIVOS Y DE FORMALIDAD PARA LA EJECUCION DE PROCEDIMIENTOS JURIDICO ADMINISTRATIVOS DEL ISSSTE. EN TAL VIRTUD SU EXPEDICION NO GENERA POR SI MISMO EL DERECHO A PRESTACIONES ECONOMICAS

NOTA: ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

NUMERO DE FOJAS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

QUEDA PROHIBIDA LA REPRODUCCION TOTAL O PARCIAL DE ESTE DOCUMENTO, ASI COMO ALTERAR O FALSIFICAR LA

LA FALSIFICACION TOTAL O PARCIAL DE ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES PENALES APLICABLES EN EL TERRITORIO NACIONAL

INFORMACION EN EL CONTENIDO, AQUEL QUE CONTRAVIENE ESTA DISPOSICION SERA SANCIONADO DE ACUERDO CON LO PREVISTO EN LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PUBLICOS





**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

4077

**ANEXO RT-09 TRAMITE GRATUITO**

**CERTIFICADO MEDICO DE INVALIDEZ POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE AJENO AL TRABAJO O DE INCAPACIDAD PERMANENTE O DEFUNCION POR RIESGO DE TRABAJO.**

**ISSSTE**  
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS, SOCIALES Y CULTURALES

FOLIO No. \_\_\_\_\_

PARA USO EXCLUSIVO DEL MEDICO TRATANTE  
LLENARSE A MAQUINA

**1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE

**2. DIAGNOSTICO MEDICO**

2.1. DESCRIBIR RESUMEN CLINICO, EXAMENES DE GABINETE Y LABORATORIO E INTERCONSULTAS DE APOYO, PRECISANDO FECHAS.

**3. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y ELABORACION**

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL MEDICO TRATANTE	SELLO DE LA SUBDIRECCION MEDICA DE LA UNIDAD
ESPECIALIDAD	
NOMBRE, CLAVE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL SUBDIRECTOR MEDICO DE LA UNIDAD	DIA MES AÑO

**ORIGINAL: EXPEDIENTE DE PRESTACIONES ECONOMICAS**

NUMERO DE FOJAS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

ANVERSO

QUEDA PROHIBIDA LA REPRODUCCION TOTAL O PARCIAL DE ESTE DOCUMENTO, ASI COMO ALTERAR O FALSIFICAR LA

LA FALSIFICACION TOTAL O PARCIAL DE ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES PENALES APLICABLES EN EL TERRITORIO NACIONAL

INFORMACION EN EL CONTENIDO, AQUEL QUE CONTRAVIENDA ESTA DISPOSICION SERA SANCIONADO DE ACUERDO CON LO PREVISTO EN LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PUBLICOS

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

4078

**ANEXO RT-09 TRAMITE GRATUITO**

**CERTIFICADO MEDICO DE INVALIDEZ POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE AJENO AL TRABAJO O DE INCAPACIDAD PERMANENTE O DEFUNCION POR RIESGO DE TRABAJO.**

ISSSTE  
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS, SOCIALES Y CULTURALES

FOLIO No. \_\_\_\_\_

PARA USO EXCLUSIVO DEL MEDICO TRATANTE  
LLENARSE A MAQUINA

**1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE

**2. DIAGNOSTICO MEDICO**

2.1. DESCRIBIR RESUMEN CLINICO, EXAMENES DE GABINETE Y LABORATORIO E INTERCONSULTAS DE APOYO, PRECISANDO FECHAS

**3. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y ELABORACION**

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL MEDICO TRATANTE	SELLO DE LA SUBDIRECCION MEDICA DE LA UNIDAD
ESPECIALIDAD	
NOMBRE, CLAVE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL SUBDIRECTOR MEDICO DE LA UNIDAD	DIA MES AÑO

**ORIGINAL: EXPEDIENTE DE PRESTACIONES ECONOMICAS**

NUMERO DE FOJAS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

QUEDA PROHIBIDA LA REPRODUCCION TOTAL O PARCIAL DE ESTE DOCUMENTO, ASI COMO ALTERAR O FALSIFICAR LA

LA FALSIFICACION TOTAL O PARCIAL DE ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES PENALES APLICABLES EN EL TERRITORIO NACIONAL

INFORMACION EN EL CONTENIDO, AQUEL QUE CONTRAVIENGA ESTA DISPOSICION SERA SANCIONADO DE ACUERDO CON LO PREVISTO EN LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PUBLICOS



**20. TRÁMITE PARA EL  
OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR  
INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL  
PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4079

e. Oficio de Notificación de Procedencia de Incapacidad Total Permanente.



SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DEL  
ISSSTE EN \_\_\_\_\_

JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE PENSIONES,  
SEGURIDAD E HIGIENE

OFICIO NÚM.: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

ASUNTO: SE NOTIFICA LA PROCEDENCIA DE  
INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

C. \_\_\_\_\_  
**O QUIEN LO PRESENTE,**  
**CALLE** \_\_\_\_\_  
**COL.** \_\_\_\_\_  
**DELEG. O MPIO.** \_\_\_\_\_  
**C.P.** \_\_\_\_\_ **ENTIDAD** \_\_\_\_\_  
**P R E S E N T E**

Con relación al trámite de Incapacidad Total Permanente, le comunico que por medio del oficio \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_, firmado por el Órgano Colegiado en la sesión No. \_\_\_\_\_, celebrada el día \_\_\_\_\_, determinó aprobar a favor de usted la prestación solicitada.

Lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 40 fracción III de la Ley del ISSSTE y en apego al Acuerdo 11.1237.98 de la Junta Directiva del ISSSTE, que faculta al Comité de Medicina del Trabajo a revisar y, en su caso, aprobar la Incapacidad Total Permanente.

En razón a lo anterior, se le apercibe para que reclame el pago de la pensión correspondiente en el entendido que, de no hacerlo dentro de los cinco años siguientes a partir de la fecha de que tenga conocimiento de este oficio, la prestación prescribirá a favor del Instituto, según lo contempla el artículo 186 de la Ley del ISSSTE.

Por último, le informo el contenido de la primera parte del artículo 53 de la Ley del ISSSTE, que faculta al Instituto para ordenar en cualquier tiempo la verificación y autenticidad de los documentos y la justificación de los hechos que hayan servido de base para la concesión de la pensión.

ATENTAMENTE

**EL SUBDELGADO DE PRESTACIONES DEL ISSSTE O  
EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES,  
SEGURIDAD E HIGIENE**

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4080

f. Oficio de Notificación de Aprobación del Estado de Incapacidad Total Permanente y se Solicita la Baja Laboral del Señor (a).



SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DEL ISSSTE EN \_\_\_\_\_

JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

OFICIO NÚM.: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

ASUNTO: SE NOTIFICA LA APROBACIÓN DEL ESTADO DE INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE Y SE SOLICITA LA BAJA LABORAL DEL SEÑOR (A)

C. \_\_\_\_\_  
(TITULAR DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD)

CALLE \_\_\_\_\_

COL. \_\_\_\_\_

DELEG. O MPIO. \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ ENTIDAD \_\_\_\_\_

**P R E S E N T E**

Con relación al trámite de Incapacidad Total Permanente del Sr (a). \_\_\_\_\_, trabajador adscrito a esa dependencia, le comunico que por medio del oficio \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_, firmado por \_\_\_\_\_, Presidente Suplente del Comité de Medicina del Trabajo, el mencionado Órgano Colegiado en la sesión No. \_\_\_\_\_, celebrada el día \_\_\_\_\_, determinó aprobar en favor del trabajador la prestación solicitada.

Lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 40 fracción III de la Ley del ISSSTE y en apego al Acuerdo 11.1237.98 de la Junta Directiva del ISSSTE, que faculta al Comité de Medicina del Trabajo a revisar y, en su caso, aprobar la Incapacidad Total Permanente.

En razón a lo expuesto y fundado, le solicito la baja laboral del señor (a) \_\_\_\_\_ al vencimiento de la quincena en que se recibe este oficio de notificación. Al tiempo de lo anterior, le pido que en los próximos quince días hábiles, a partir del conocimiento del presente, me haga llegar copia certificada de la Hoja Única de Servicios y del último comprobante de pago del trabajador, que permita al ISSSTE otorgar la pensión en el plazo de 90 días conforme lo marca el artículo 49 de la Ley del Instituto.

ATENTAMENTE

**EL SUBDELEGADO DE PRESTACIONES DEL ISSSTE O  
EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES,  
SEGURIDAD E HIGIENE**

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4081

**g. Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo (RT-13)**

NOMBRE DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE NÚMERO: \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

**ACUERDO DE OTORGAMIENTO DE  
PENSIÓN POR RIESGO DEL TRABAJO**

**VISTAS** las pruebas documentales que obran en el expediente al rubro citado y con base en el dictamen formulado el día \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ del año de \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ por el C. \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ Médico de Medicina del Trabajo adscrito a esta Delegación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y conforme al cual se estableció la procedencia de la solicitud del beneficio pensionario presentada por el (la) C. \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_, y con fundamento en los artículos 150 fracción II, 40 fracciones II Y III, y 41 de la Ley del ISSSTE se acuerda:

**PRIMERO.-** Se declara procedente el otorgamiento de pensión por riesgo de trabajo al ( la ) C. \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_, en la modalidad de \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ por el accidente (10 ) la enfermedad (10) sufrido ( a ) por \_\_\_\_\_ 11 \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ 12 \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ 13 \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ 14 \_\_\_\_\_, el ( la ) cual produjo:

\_\_\_\_\_ 15 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

lesiones que se valúan en \_\_\_\_\_ 16 \_\_\_\_\_ % de disminución órgano-funcional, de acuerdo con los numerales \_\_\_\_\_ 17 \_\_\_\_\_ de la Tabla establecida en el Artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo en vigor.

**SEGUNDO.-** Con base en el sueldo básico mensual de \$ \_\_\_\_\_ 18 \_\_\_\_\_ del (a) Trabajador ( a ) dividido entre treinta días \$ \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_ y multiplicado por el \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ % de valuación de secuelas asignado, da como resultado una cuota diaria pensionaria de \$ \_\_\_\_\_ 21 \_\_\_\_\_.

**FORMATO RT-13**

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL  
OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR  
INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL  
PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4082

**TERCERO.-** La pensión respectiva inicia su pago el día 22 de 23 del año 24.

**CUARTO.-** El pago mensual correspondiente se radicará en: 25

sita en 26

Lugar 27 a 28 de 29 del año 30

**QUINTO.-** Notifíquese al interesado el presente acuerdo personalmente o por correo certificado con acuse de recibo, adjuntando al respectivo oficio de notificación, copia del presente acuerdo y del dictamen que le sirve de fundamento.

El Subdelegado de Prestaciones

El Delegado

31

32

**FORMATO RT-13**





**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4083

Instructivo de formato: Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo

Clave del formato:  
RT-13

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	NOMBRE DEL TRABAJADOR	El nombre completo del trabajador que sufrió el accidente o enfermedad dictaminado como del trabajo. Se anotará en primer lugar el apellido paterno, en segundo lugar el apellido materno y al final el nombre o nombres, ejemplo: Galena Díaz Patricia.
2	EXPEDIENTE NÚMERO	La clave del expediente integrado conforme al manual del "Sistema de Administración de Archivos de Riesgos del Trabajo y Subsidios por Accidentes no Profesionales".
3	FORMULADO EL DÍA	El número del día del mes en que se elaboro el formato RT-09 que estableció la existencia del riesgo del trabajo. Se utilizaran dos dígitos del 01 al 31, ejemplo: <u>02</u> .
4	DEL MES DE	El nombre del mes en que se elaboró el formato RT-09, que estableció la existencia del riesgo del trabajo. No se deberán utilizar números, ejemplo: <u>marzo</u> .
5	DEL AÑO DE	El número de año en que se elaboró el formato RT-09 que estableció la existencia del riesgo del trabajo. Se utilizarán cuatro dígitos de 1994 en adelante, ejemplo: <u>1995</u> .
6	POR EL C.	El nombre completo del Médico de Medicina del Trabajo que elaboró el formato RT-09 que estableció la existencia del riesgo del trabajo.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4084

Instructivo de formato: Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo	Clave del formato: RT-13
---	--------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
7	PRESENTADA POR EL (LA) C.	Se anotará en primer lugar el apellido paterno, en segundo lugar el apellido materno y al final el nombre o nombres. Ejemplo: <u>Andrade Cruz Ismael.</u>
8	AL (LA) C.	El nombre completo del solicitante de la prestación, el cual se tomará del numeral 3 de la solicitud. Se anotará en primer lugar el apellido paterno, en segundo lugar el apellido materno y al final el nombre o nombres. Ejemplo: <u>Martínez de la Roca Salvador.</u>
9	EN LA MODALIDAD DE	El nombre completo del beneficiario de la pensión por riesgo del trabajo. En los casos de incapacidad parcial permanente y total permanente debe coincidir con el dato que se anote en los numerales 1 y 11. En los casos de fallecimiento se anotará el nombre del primer familiar sobreviviente con derecho a la pensión, sea el cónyuge, hijo, ascendiente, etc. Se anotará en primer lugar el apellido paterno, en segundo lugar el apellido materno y al final el nombre o nombres. Ejemplo: <u>Dávalos Villalpando Catalina.</u>
		El nombre del tipo de pensión que corresponda de acuerdo con las consecuencias producidas por el riesgo del trabajo pudiendo ser: Incapacidad parcial permanente. Incapacidad total permanente. Viudez. Viudez y orfandad. Orfandad. Concubinato.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4085

Instructivo de formato: Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo

Clave del formato:  
RT-13

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
10	POR EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD	Concubinato y orfandad. Ascendencia. Ejemplo: <u>orfandad</u> .
11	SUFRIDO POR	Marcar con una equis "x" el espacio que corresponda, según el trabajador haya sufrido un accidente o una enfermedad.
12	EL DÍA	El nombre completo del trabajador que sufrió el accidente o enfermedad de trabajo. Se anotará en primer lugar el apellido paterno, en segundo lugar el apellido materno y al final el nombre o nombres. Debe coincidir con el dato registrado en el numeral 1, ejemplo: <u>Galeana Díaz Patricia</u> .
13	DEL MES DE	El nombre del día en que ocurrió el accidente o se presentó la enfermedad. Se utilizarán dos dígitos del 01 al 31, ejemplo: <u>22</u> .
14	DEL AÑO	El nombre del mes en que haya ocurrido el accidente o se presentó la enfermedad. No deberán usarse números, ejemplo: <u>enero</u> .
		El número del año en que ocurrió el accidente o se presentó la enfermedad. Se utilizarán 4 dígitos, de 1994 en adelante, ejemplo: <u>1995</u> .

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4086

Instructivo de formato: Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo

Clave del formato:  
RT-13

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
15	EL ( LA ) CUAL PRODUJO	Las secuelas permanentes que dejó como consecuencia el riesgo del trabajo, tal y como se describen en el numeral correspondiente del artículo 514 de la Ley del ISSSTE, el cual se tomará del número 6.2 del formato RT-09. Cuando sean varias, se separaran por punto y seguido. Deberá indicarse el lado de la región anatómica afectada. Ejemplo: <u>rigidez articular de la rodilla derecha que no permite la extensión. Amitrofia del hombro derecho sin anquilosis ni rigidez articular.</u>
16	LESIONES QUE SE VALÚAN EN	La suma de los porcentajes que para cada una de las lesiones registradas en el punto anterior establezca en el numeral correspondiente del artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo. Ejemplo: dado que la rigidez articular registrada en el ejemplo del número anterior. Se valúa en 35% y la amitrofia del hombro derecho se valúa en 15%. Nos da una suma de 50% de disminución órgano-funcional. Se anotara <u>50%.</u>
17	DE ACUERDO A LOS NUMERALES	El número asignado en el artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo a las lesiones producidas por el riesgo, Se anotarán en el mismo orden en que se hayan registrado en el numeral 15. Cuando sean varios, se separaran con comas. Ejemplo: a la rigidez de rodilla le corresponde el numeral 176 y a la amitrofia de hombro 135. Por lo cual se anotará <u>176, 135.</u>

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4087

Instructivo de formato: Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo

Clave del formato:  
RT-13

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
18	SUELDO MENSUAL DE	El monto mensual de las percepciones del trabajador a la fecha del dictamen que estableció la existencia del riesgo del trabajo. Se registrarán en pesos con dos decimales. Ejemplo: <u>\$ 1,874.20.</u>
19	DIVIDIDO ENTRE 30 DÍAS	El resultado de dividir el sueldo mensual registrado en el numeral anterior, entre treinta. Se registrará sin redondear y hasta con 5 decimales. Ejemplo: <u>\$ 62, 473.33.</u>
20	MULTIPLICADO POR	El porcentaje de valuación de secuelas asignado. Debe coincidir con el dato registrado en el numeral 16. Ejemplo: <u>50%.</u>
21	CUOTA DIARIA PENSIONARIA DE	El resultado de aplicar a la cantidad establecida en el numeral 19, el porcentaje de valuación registrado en el numeral 20. Dicho resultado se redondeará a dos decimales, tomando como base el tercer decimal. Si éste es de 0 a 4 se quedará el segundo decimal, pero si el tercer decimal es de 5 a 9 se subirá al segundo decimal siguiente. En tal razón se aplicará la siguiente operación:

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4088

Instructivo de formato: Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo	Clave del formato: RT-13
---	--------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
	<b>INICIO DE PENSIÓN</b>  LOS SIGUIENTES TRES CAMPOS DEBERÁN COINCIDIR CON LA FECHA ANOTADA EN EL CAMPO 52 DEL "CERTIFICADO MÉDICO DE INVALIDEZ POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE AJENO AL TRABAJO O INCAPACIDAD PERMANENTE O DEFUNCIÓN POR RIESGO DE TRABAJO" (RT-09).	Salario diario x porcentaje de valuación = cuota diaria. Ejemplo: 62. 473.33 x 50% = 31.236665. Redondeado 31.24 Por lo tanto se anotará \$ 31.24.
22	A PARTIR DEL DÍA	El número del día en que inicia el pago de la pensión. Se utilizarán dos dígitos del 01 al 31, ejemplo: <u>22</u> .
23	MES	El nombre del mes en que inicia el pago de la pensión. No deberán utilizarse números, ejemplo: <u>enero</u> .
24	DEL AÑO DE	El número del año en que inicia el pago de la pensión. Se utilizaran cuatro dígitos de 1994 en adelante. Ejemplo: <u>1995</u> .

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4089

Instructivo de formato: Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo

Clave del formato:  
RT-13

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
25	SE RADICARÁ EN:	El nombre de la sucursal bancaria, oficina de correos, corresponsalía consulado en donde se radicará el pago de la pensión, conforme al catalogo de localidades y sucursales vigente, ejemplos: La sucursal no. 19 del banco Inverlat. Oficina de correos.
26	SITA EN	El domicilio de la sucursal bancaria, oficina de correos, corresponsalía o consultado donde se radicará el pago de la pensión; conforme al catálogo de localidades y sucursales vigente. Ejemplos: Calzada de Guadalupe 745, colonia Aragón, México, D.F. Valparaíso, Zacatecas. El nombre de la ciudad y estado en que se encuentre la Delegación que elabora el acuerdo.
27	LUGAR	Se anotará en primer lugar el nombre de la ciudad seguido de una coma y después el estado, ejemplos: México, D.F. Zacatecas, Zacatecas.
28	DÍA	El número de día en que se elabora el acuerdo. Se utilizarán dos dígitos del 01 al 31, ejemplo: <u>20</u> .
29	MES	El nombre del mes en que se elabora el acuerdo. No deberán utilizarse números.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4090

Instructivo de formato: Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo

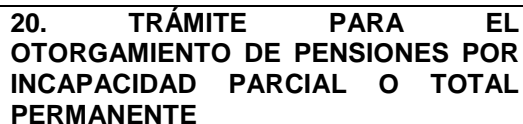
Clave del formato:  
RT-13

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
30	AÑO DE	El número de año en que se elabora el acuerdo. Se utilizarán cuatro dígitos de 1994 en adelante. Ejemplo: <u>1995.</u>
31	EL SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	El nombre completo y firma autógrafa del subdelegado de prestaciones. Ejemplo: <u>Lic. Antonio Argüelles Acosta.</u>
32	EL DELEGADO	El nombre completo y firma autógrafa del delegado estatal o regional en el D.F. Ejemplo: Roberto García Arteaga.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B





# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

---

## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

**Versión:**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
21	12	2007

4091

## Pensión por Riesgo del Trabajo

[illegible]

DELEGACIÓN :	(2)	Subdelegación de Prestaciones
--------------	-----	-------------------------------

## ALTA EN NOMINA DE RIESGOS DEL TRABAJO

**R. F. C.**

			(3)
--	--	--	-----

--	--	--	--	--	--	--

 +

Letras                      Números

[illegible][illegible]

$$\text{R.F.C. de Compatibilidad} \quad | \quad (7) \quad | \quad | \quad | \quad | \quad | \quad | \quad | \quad | \quad + \quad \text{Deudo de Compatibilidad} \quad | \quad (8) \quad | \quad +$$

**Localidad de Pago** | | | | | | | + (9)

$$\text{Sucursal de pago} \quad | \quad | \quad | \quad | + \quad (10)$$
$$\mathbf{Ramo} \quad | \quad | \quad | \quad | \quad | \quad | + \quad (11)$$




**Fecha del Riesgo**       $\begin{array}{|c|c|c|c|c|c|} \hline & & & & & \\ \hline \end{array} + \quad (12)$

$$\text{Fecha de Solicitud} \quad \begin{array}{|c|c|c|c|c|c|} \hline & A & A & - & M & M & - & D & D \\ \hline \end{array} + \quad (13)$$
$$\text{Fecha de Inicio de Pensión} \quad \frac{\text{A A} \text{ -- } \text{M M} \text{ -- } \text{D D}}{\text{A A} \text{ -- } \text{M M} \text{ -- } \text{D D}} + \quad (14)$$

## INFORMACION COMPLEMENTARIA PARA DIRECTOS

(16)	(17)	(18)	(19)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>Sexo</div><div>A A ~ M M ~ D D</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>Primería Cotización</div><div>ISSSTE - Ramo</div></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>A A ~ M M ~ D D</div><div>Primería Cotización</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>ISSSTE - Fecha</div><div></div></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>A A ~ M M ~ D D</div><div>Ultima Cotización</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>ISSSTE -</div><div></div></div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>Tiempo de Servicios</div><div></div></div>	(20)      (21)	(22)	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>Ultimo Sueldo Básico Mensual</div><div></div></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>Porcentaje</div><div></div></div>	Cuota Diaria Original del Directo	
Cifras de Control			

## INFORMACION COMPLEMENTARIA PARA DEUDOS

**REPORTAR POR CADA DEUDO LO SIGUIENTE**

## PERSONALIDAD DE LOS DEUDOS

[illegible]

**Domicilio** (34)

\_\_\_\_\_

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL  
OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR  
INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL  
PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4092

**FORMATO ESTADISTICO SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DEL TRABAJO**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

1) PUESTO (38.1)    2) ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO    <sup>(38.2)</sup>  
A A -- M M 3) TURNO   (38.3)

**DATOS DE LA DEPENDENCIA**

4) NO. DE C. M. S. H. (38.4)            
ENT. FED. RAMO CONSECUTIVO AÑO

5) NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO  (38.5)

**DATOS DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD**

6) TIPO DE TRAMITE <sup>(38.6)</sup>  7) FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD           (38.7)  
A A -- M M -- D D D S (38.10)  
8) HORA DEL ACCIDENTE   :   (38.8) 9) TIPO DE RIESGO   (38.9) 10) TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD   (38.10)  
11) AGENTE DE RIESGO     (38.11) 12) CONDICION O ACTO INSEGURO   (38.12) 13) TIPO DE LESIONES   (38.13)  
14) PARTE DEL CUERPO AFECTADA    (38.14) 15) DIAS DE INCAPACIDAD    (38.15) 16) APARATO DE PROTESIS U ORTESIS   (38.16)  
17) IMPORTE \$       (38.17) 18) PAGO CINCO ANUALIDADES   (38.18)



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4093

Instructivo de formato: Cédula de Incorporación a Nómina

**Clave del formato:**

RT-10

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	NÚMERO DE CONTROL	Número compuesto de 7 dígitos; los dos primeros corresponden a la Subdelegación de Prestaciones, donde se realiza el trámite, los siguientes dos determinan el mes de inclusión a nómina; y los tres restantes, el número de folio consecutivo de recepción de la solicitud de pensión.
2	DELEGACIÓN	Nombre de la Entidad Federativa donde se encuentra ubicada la Subdelegación de Prestaciones Estatal o Metropolitana.
3	R.F.C	El Registro Federal de Contribuyentes perteneciente al trabajador que generó el derecho a la pensión, de acuerdo con las reglas establecidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
4	NOMBRE	Apellido paterno, materno y nombre (s) de la persona que generó el derecho a la pensión (trabajador accidentado o fallecido).
5	TIPO DE BENEFICIO AUTORIZADO	La clave que identifica la pensión otorgada al beneficiario compuesta por tres dígitos, conforme a la relación de clave anexa.
6	NÚMERO DE PENSIONISTA	El número integrado por 6 dígitos, que asigna el Sistema automáticamente.
7	R.F.C DE COMPATIBILIDAD	Se requisitará únicamente cuando el sistema encuentre un R.F.C de compatibilidad, el cual aparecerá en el Reporte de validación, en su caso.
8	DEUDO DE COMPATIBILIDAD	No requisitar.
9	LOCALIDAD DE PAGO	La clave de la población o ciudad, en donde se realizará el pago de la pensión mensual, el cual consta de 6 dígitos, misma que se deberá consultar en el Catálogo de Localidades y Sucursales actualizado.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4094

Instructivo de formato: Cédula de Incorporación a Nómina	Clave del formato: RT-10
--	-----------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
10	SUCURSAL DE PAGO	La clave de la población o ciudad, en donde se realizará el pago de la pensión mensual, el cual consta de 6 dígitos, misma que se deberá consultar en el Catálogo de Localidades y Sucursales actualizado.
11	RAMO	<p>La clave de la Dependencia u Organismo, en la que el trabajador que generó el derecho a la pensión sufrió el riesgo o causó baja definitiva y que se integra de 5 dígitos, para lo cual se deberá consultar el Catálogo de Ramos actualizado.</p> <p>Cuando un trabajador o extrabajador haya prestado sus servicios en dos o más dependencias y una de ellas sea la SEP se anotará la clave de ésta; o la de aquella en que el sueldo era superior.</p>
12	FECHA DEL RIESGO	Año, mes y día, en que el trabajador sufrió el accidente o contrajo la enfermedad de trabajo.
13	FECHA DE SOLICITUD	Año, mes y día, en la que se solicitó el trámite de la pensión concedida.
14	FECHA DE INICIO DE PENSIÓN	Año, mes y día, que se asiente en el campo 52 del Certificado Médico (RT-09) y es la fecha en que se inicia el pago del beneficio (104 y 105). En el caso de las pensiones por fallecimiento, ésta será un día después en que ocurra el mismo; cuando no sean tramitadas oportunamente, la fecha de inicio se sujetará a lo dispuesto por el artículo 186 de la Ley del ISSSTE.
15	SEXO	Identificar con el número 1, si la persona que generó el derecho a la pensión es hombre y 2, si se trata de mujer.
16	PRIMERA COTIZACIÓN ISSSTE-RAMO	La clave de la Dependencia u Organismo, en que por primera vez el trabajador o extrabajador cotizó al Instituto, la cual se compone de cinco dígitos, para lo cual se deberá consultar el Catálogo de Ramos actualizado.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4095

Instructivo de formato: Cédula de Incorporación a Nómina

Clave del formato:

RT-10

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
17	PRIMERA COTIZACIÓN ISSSTE-FECHA	Año, mes y día, en que la persona que generó el derecho a la pensión por primera vez aportó sus cuotas, a fin de incorporarse al régimen obligatorio de la Ley del Instituto.
18	ÚLTIMA COTIZACIÓN ISSSTE-FECHA	Año, mes y día, en que la persona que generó el derecho a la pensión, aportó por última vez sus cuotas al Instituto.  En caso de pensión por incapacidad parcial permanente (104), éste campo deberá dejarse en blanco.
19	TIEMPO DE SERVICIOS	El período en años, meses y días, en los que la persona que generó el derecho a la pensión, cotizó al Instituto.  En caso de pensión por incapacidad parcial Permanente (104), este campo deberá dejarse en blanco.
20	ÚLTIMO SUELDO BÁSICO MENSUAL (NO DEBERÁ EXCEDER EL IMPORTE DE DIEZ SALARIOS MÍNIMOS)	La suma de los conceptos cotizables (sueldo presupuestal, sobresueldo y compensación, en su caso, excluyendo cualquiera otra prestación que el trabajador percibiera con motivo de su trabajo, conforme al artículo 15 de la Ley del ISSSTE) de la plaza o plazas que ocupaba el trabajador al ocurrir el riesgo, actualizado a la fecha del Dictamen Médico o del fallecimiento, con base en la Hoja de Servicios o Constancia de Evolución Salarial que para el efecto se solicite.  Cuando el trabajador haya causado baja con anterioridad a la fecha del Dictamen Médico, el sueldo básico que se tomará en cuenta será el que percibía al causar baja y que corresponda a la plaza que ocupaba cuando ocurrió el riesgo.  Si el sueldo básico es catorcenal, el sueldo básico mensual se determinará multiplicando el catorcenal por las 26 catorcenas que tiene el año y dividiendo su resultado entre 12.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4096

Instructivo de formato: Cédula de Incorporación a Nómina	Clave del formato: RT-10
--	-----------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
21	PORCENTAJE	El tanto por ciento que se le otorgó al trabajador, conforme a la Tabla de Valuación de incapacidades de la Ley Federal del Trabajo. Campo de 4 dígitos: 3 enteros y 1 decimal. Se requisitará sólo en los casos de 104.
22	CUOTA DIARIA ORIGINAL DEL DIRECTO	La que resulte de dividir el último sueldo básico mensual considerado entre 30 días, cuando se trate de pensión clave 105. En el caso de pensión 104 el resultado de dividir el sueldo básico mensual entre 30 días se multiplicará por el porcentaje asignado. Éste campo sólo será para verificar la cuota diaria que asignó el Sistema.
23	CIFRAS DE CONTROL	La suma de las claves y códigos numéricos que se localizan en el formato RT-10, de los campos con signo positivo (+), sólo los requisitados.
24	CUOTA DIARIA ORIGINAL DEL DEUDO	La que resulte de dividir el ultimo sueldo básico mensual considerado entre 30 días. Este campo sólo será para verificar la cuota diaria que asignó el sistema para las 400.
25	DÍGITO DE NO VIGENCIA DEL DIRECTO	El código que corresponda de acuerdo con:  0 = Fallecimiento del trabajador con reposición de gasto de funeral. 1 = Fallecimiento del trabajador con reposición de gasto de funeral.
26	FECHA DE FALLECIMIENTO DEL CAUSANTE	La fecha de fallecimiento del trabajador (a) que generó el derecho a la pensión (año, mes y día).
27	NOMBRE	Apellido paterno, materno y nombres) de cada uno de los beneficiarios de la pensión, en el caso de menores deberán ser colocados de menor a mayor.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4097

Instructivo de formato: Cédula de Incorporación a Nómina

**Clave del formato:**

RT-10

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
28	CARÁCTER	El código que corresponda, de acuerdo con: 100 = Viuda(o). 150 = Viuda(o) en litigio. 101 a 119 = Hijos de la viuda(o). 191 a 199 = Hijos de la viuda (o) o concubinaria (o) incapacitados física o mentalmente. 200 = Concubina. 201 a 219 = Hijos de la concubina. 300 a 700 = Diferentes grupos familiares (en los rangos anteriores). 800 = Padre o abuelo del (a) trabajador (a) fallecido. 900 = Madre o abuela del (a) trabajador (a) fallecido.
29	SEXO	Identificar con número 1, si el deudo es hombre y 2, si es mujer.
30	ESCOLARIDAD	El código que corresponde de acuerdo con:  0 = No es necesario el requisito. 1 = Cumple con requisito
31	FECHA DE NACIMIENTO	El año, mes y día del nacimiento de cada uno de los deudos.
32	VENCIMIENTO	De conformidad con el código anotado en el espacio destinado al carácter:  - Si el código termina en cero, el vencimiento será 9999.  - Si el código contiene los números 91 al 99 en sus últimas dos posiciones, el vencimiento será 9999.  - Si el código contiene los números 01 al 19 en sus últimas dos posiciones, el vencimiento se determinará como sigue:

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4098

Instructivo de formato: Cédula de Incorporación a Nómina

Clave del formato:

RT-10

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
33	CIFRAS DE CONTROL	<p>En los deudos menores de 18 años, se anotará la edad máxima en que podrán disfrutar de la pensión.</p> <p>NOTA.- Se anotará el año con 2 dígitos y el mes con 2. Ejemplo: Nacimiento = 85-01 Vencimiento = 03-01</p> <p>En deudos mayores de 18 años, se anotará un año posterior a la fecha que se anote en el campo de la fecha de inicio de la pensión. De contar con más de 24 años, se ajustará el vencimiento a la fecha en que cumplan 25 años de edad. Ejemplo: Fecha de Inicio de Pensión = 87-01 Vencimiento = 88-01</p>
34	DOMICILIO	<p>La suma de las claves y códigos numéricos que se localizan en el formato.</p> <p>En caso de pensión por incapacidad parcial o total permanente, el domicilio del (a) trabajador(a) o extrabajador (a). - Calle - Número Exterior - Número Interior - Colonia - Código Postal - Población o Ciudad - Estado</p> <p>Pensión por viudez por muerte del (a) trabajador(a), el domicilio del (a) viudo(a).</p> <p>En pensión por orfandad, el domicilio del beneficiario de la pensión.</p> <p>Pensión por ascendencia, el domicilio del ascendiente beneficiario de la pensión.</p>

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4099

Instructivo de formato: Cédula de Incorporación a Nómina

**Clave del formato:**

RT-10

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
35	CLAVE DEL PUESTO	El código que tiene asignado la plaza de adscripción del trabajador o extrabajador en la Dependencia u Organismo.
35.1	DESCRIPCIÓN DEL PUESTO	Nombre del puesto que desempeña o desempeñaba el trabajador o ex trabajador en la Dependencia u Organismo.
35.2	SÓLO PARA EXTRABAJADORES DE EDUCACIÓN PÚBLICA	<p>La clave de la(s) plaza(s) que haya desempeñado la persona que generó el derecho a la pensión, de acuerdo con el catálogo de puestos de la Secretaría de Educación Pública:</p> <p>El número de plazas:1, 2, 3, etc.</p> <p>El tipo de plaza: A= Administrativo P= Educación Primaria S= Educación Secundaria ES= Educación Superior.</p>
36	FECHA DE ELABORACIÓN	Día, mes y año, en que se requirió el documento.
37	AUTORIZÓ, NOMBRE Y FIRMA	El nombre y firma del Subdelegado de Prestaciones del ISSSTE, funcionario facultado para autorizar el formato.
38	FORMATO ESTADÍSTICO SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DEL TRABAJO	Contiene los datos que permiten llevar el registro de los riesgos del trabajo y sus características y consecuencias:
38.1	PUESTO	La ocupación que desempeñaba el trabajador a la fecha en que ocurrió el riesgo. Éste dato se codificará conforme al Catálogo de Puestos que aparece en el anexo 6 del Manual del Subsistema de Asignación de Derechos de Pensiones por Riesgos de Trabajo, (clave que se compone de tres dígitos).

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4100

Instructivo de formato: Cédula de Incorporación a Nómina

**Clave del formato:**

RT-10

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
38.2	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO	El número de años y meses que el trabajador ha laborado en el puesto que desarrollaba en la fecha en que ocurrió el riesgo laboral. Los años se codificarán del 01 en adelante y los meses del 01 al 11.
38.3	TURNO	La jornada que cubre el trabajador de acuerdo con el horario laboral: 01 - Matutino 02 - Vespertino 03 - Nocturno 04 - Mixto
38.4	NÚMERO DE COMISIÓN MIXTA DE SEGURIDAD E HIGIENE	La clave del Registro asignado a la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo del centro laboral, donde prestaba sus servicios el trabajador al momento de ocurrir el riesgo, el cual deberá coincidir con el que se tiene en el Catálogo de Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en el Trabajo.  En caso de no existir Comisión Mixta, se anotarán ceros.
38.5	NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO	Se registra obligatoriamente en los casos en que no se cuente con Comisión Mixta. Cuando se haya registrado el campo anterior, se dejará en blanco.  Se anotará el nombre del centro de trabajo donde específicamente cobra o cobraba el trabajador que sufrió el riesgo.- Ejemplo Escuela Primaria "X" o Escuela Secundaria "X" y no Secretaría de Educación.
38.6	TIPO DE TRÁMITE	Clave que se asigna para identificar si se trata de un primer accidente, segundo o modificación a las características del mismo.  Ejemplo: 1- Alta 2- Segundo, tercer accidente, etc. 3- Modificación

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4101

Instructivo de formato: Cédula de Incorporación a Nómina	Clave del formato: RT-10
--	-----------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
38.7	FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD	<p>Ejemplo en caso de Modificación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cuando aparecen secuelas, que aumentan o disminuyen el porcentaje de valuación.</li><li>- Cambio de incapacidad parcial permanente a incapacidad total permanente.</li><li>- Cuando fallece el trabajador a consecuencia directa de la causa que originó el riesgo.</li></ul> <p>Año, mes y día, en que ocurrió el accidente o se presentó la enfermedad, así como el día de la semana en que tuvo lugar.</p> <p>1 Lunes 2 Martes 3 Miércoles 4 Jueves 5 Viernes 6 Sábado 7 Domingo</p>
38.8	HORA DEL ACCIDENTE	<p>La hora exacta o aproximada en que ocurrió el riesgo de trabajo, deberá registrarse con horario de 24 horas iniciando 00:00 y concluyendo con 23: 59</p>
38.9	TIPO DE RIESGO	<p>La clave que corresponda de acuerdo con el lugar donde haya ocurrido el accidente, o bien para indicar que se trata de una enfermedad laboral:</p> <p>01 En Trayecto 02 Trabajo 03 Enfermedad</p>

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4102

Instructivo de formato: Cédula de Incorporación a Nómina

**Clave del formato:**

RT-10

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
38.10	TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD	El código correspondiente a la acción o circunstancia que ha provocado la reacción (anexo 7, del Manual del Subsistema de Asignación de Derechos).
38.11	AGENTE DE RIESGO	La clave que corresponda al objeto, sustancia, energía, exposición o movimiento que produjo directamente la lesión (anexo 8 del Manual del Subsistema de Asignación de Derechos).
38.12	CONDICIÓN O ACTO INSEGURO	La circunstancia peligrosa que hizo posible la ocurrencia del riesgo (anexo 9 del Manual del Subsistema de Asignación de Derechos).
38.13	TIPO DE LESIÓN	La codificación del daño sufrido por el trabajador como consecuencia del riesgo (anexo 10- del Manual del Subsistema de Asignación de Derechos).

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL  
OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR  
INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL  
PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4103

**CLAVES DE LAS PENSIONES POR RIESGOS DEL TRABAJO**

**DIRECTAS**

**CLAVE**

INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE	104
INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	105

**POR MUERTE DEL TRABAJADOR**

VIUDEZ (ESPOSA)	440
VIUDEZ (ESPOSO)	441
VIUDEZ Y ORFANDAD	442
ORFANDAD	443
CONCUBINATO	444
CONCUBINATO Y ORFANDAD	445
ASCENDENCIA	446

**POR MUERTE DEL PENSIONISTA**

VIUDEZ (ESPOSA)	427
VIUDEZ (ESPOSO)	428
VIUDEZ Y ORFANDAD	429
ORFANDAD	430
CONCUBINATO	431
CONCUBINATO Y ORFANDAD	432
ASCENDENCIA	433

**POR DESAPARICIÓN DEL PENSIONISTA**

VIUDEZ (ESPOSA)	734
VIUDEZ (ESPOSO)	735
VIUDEZ Y ORFANDAD	736
ORFANDAD	737
CONCUBINATO	738
CONCUBINATO Y ORFANDAD	739
ASCENDENCIA	740



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4104

**i. Concesión de Pensión (RT-11)**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS  
SUBDIRECCION DE PENSIONES**

**CONCESION DE PENSION**

EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 150 FRACCION II DE SU LEY, CONCEDE A PARTIR DEL DIA \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

ASIGNANDOLE EL NUMERO DE PENSIONISTA \_\_\_\_\_

TENDRA DERECHO A DISFRUTAR LA PENSION:  
B E N E F I C I A R I O

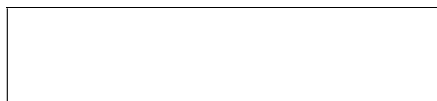
FECHA DE TERMINO  
DE LA PENSION

LA PENSION INICIA CON LOS SIGUIENTES PERIODOS Y CUOTAS DIARIAS:

P E R I O D O		CUOTA	P E R I O D O		CUOTA
INICIO	TERMINO	DIARIA	INICIO	TERMINO	DIARIA

RADICANDOSE EL PAGO EN:

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 40 FRACCION II Y III, Y 42 FRACCION I DE LA LEY DEL ISSSTE, LA PRESENTE PENSION TENDRA COMO TERMINO EL FALLECIMIENTO DEL PENSIONISTA POR MOTIVOS AJENOS AL RIESGO DE TRABAJO Y SOLO SERÁ TRANSMITIDA A SUS DEUDOS CUANDO EL DECESO OCURRA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINO SU INCAPACIDAD. RT11



SELLO OFICIAL

FECHA DE RECEPCION

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO

R.F.C. DE QUIEN GENERO EL DERECHO A LA PENSION:  
CURP:

RT11

**NOTA: Es un producto del sistema por lo que no requiere instructivo.**

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**20. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4105

j. Liquidación de Pago Previa Incorporación a Nómina (RT-12)

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

**LIQUIDACION DE PAGO PREVIA INCORPORACION A NOMINA**

NOMBRE	LOCALIDAD	TIPO DE PENSION
NUM. DE PENSIONISTA		SUCURSAL
R.F.C.		RAMO

**PERCEPCIONES**

CONCEPTO	PERIODO	CUOTA DIARIA	IMPORTE
----------	---------	--------------	---------

**TOTAL**

**DEDUCCIONES**

CONCEPTO	PERIODO	DESCUENTO MENSUAL	IMPORTE
----------	---------	-------------------	---------

**TOTAL**

TOTAL DE PERCEPCIONES  
TOTAL DE DEDUCCIONES  
**IMPORTE NETO**

FECHA DE RECEPCION

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO

RT12

**NOTA: Es un producto del sistema por lo que no requiere instructivo.**

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B