

**Manual de Procedimientos de
Delegaciones del Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales de los Trabajadores del
Estado
Tipo “B”
Tomo 4 Parte 8
(Subdelegación de Prestaciones. Procedimiento 22 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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4165

**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE PENSIÓN POR
FALLECIMIENTO DEL PENSIONISTA COMO
CONSECUENCIA DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ
LA INCAPACIDAD**



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4166

1. OBJETIVO

EFFECTUAR LA TRANSMISIÓN DE PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA INCAPACIDAD PERMANENTE (TOTAL O PARCIAL).

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. SE TRANSMITIRÁ LA PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL PENSIONISTA SÓLO SI ÉSTA ES A CONSECUENCIA DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA INCAPACIDAD PERMANENTE (TOTAL O PARCIAL), CONSIDERANDO LA EVOLUCIÓN NATURAL DEL PADECIMIENTO, PARA CERTIFICAR LA ASOCIACIÓN CAUSA – EFECTO.
3. SE LES TRANSMITIRÁ LA PENSIÓN CON CUOTA ÍNTEGRA A LA ESPOSA(O) SUPÉRSTITE, CONCUBINA, CONCUBINARIO, HIJOS O ASCENDENCIA DEL PENSIONISTA (ARTÍCULO 42 FRACCIÓN I DE LA LEY DEL ISSSTE), EN EL ORDEN QUE SE ESTABLECE (ARTÍCULO 75 DE LA MISMA LEY).
4. LA ASIGNACIÓN DE LA PENSIÓN SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 77, 78 Y 79 DE LA LEY DEL ISSTE SOBRE EL DERECHO O CAUSAS DE LA PÉRDIDA DEL DERECHO A LA PENSIÓN.
5. EL PAGO DE LA PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL PENSIONISTA SE CUBRIRÁ A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE OCURRA SU DECESO.
6. EL DICTAMEN DE TRANSMISIÓN DE PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL PENSIONISTA SE EFECTUARÁ EN EL FORMATO RT-09, CORRESPONDIENDO AL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO REQUISITAR SU ANVERSO Y REVERSO.



22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA INCAPACIDAD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

4167

7. LOS REQUISITOS QUE DEBERÁN PRESENTAR LOS FAMILIARES DEL PENSIONISTA FALLECIDO PARA SOLICITAR LA TRANSMISIÓN DE LA PENSIÓN SE DEBERÁN PRESENTAR CONFORME A LA NATURALEZA DEL RIESGO (A. CENTRO DE TRABAJO, B. EN TRAYECTO Y C. COMISIÓN), SEGÚN EL ARTÍCULO 40 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE:

REQUISITOS DOCUMENTALES PARA LA TRANSMISIÓN DE LA PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA INCAPACIDAD

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

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.



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

4168

**REQUISITOS DOCUMENTALES PARA LA TRANSMISIÓN DE LA PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA INCAPACIDAD
(CONTINUACIÓN)**

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

8. SI LA MUERTE DEL PENSIONISTA ES ORIGINADA POR CAUSAS AJENAS A LAS QUE DIERON ORIGEN A LA INCAPACIDAD PERMANENTE (TOTAL O PARCIAL), SE ENTREGARÁ A LOS FAMILIARES EL IMPORTE DE SEIS MESES DE LA ASIGNADA AL PENSIONISTA, SIN PERJUICIO DEL DERECHO DE DISFRUTAR LA PENSIÓN QUE EN SU CASO LE OTORQUE EL INSTITUTO.
9. LOS FAMILIARES DEL PENSIONISTA DEBERÁN ENTREGAR ALGÚN DOCUMENTO FALTANTE EN UN TÉRMINO NO MAYOR A LOS 10 DÍAS HÁBILES 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.



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4169

3. DESARROLLO

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el procedimiento.
1	BENEFICIARIO	Acude al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene (Área de Atención al Público) y entrega documentación para solicitar transmisión de pensión.
2	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE (ÁREA DE ATENCIÓN AL PÚBLICO)	Recibe documentación y verifica que esté completa y cumpla con los requisitos establecidos. ¿La documentación es correcta?
2.1		NO. Informa al beneficiario la falta de algún requisito y le devuelve la documentación. Regresa a la actividad 1.
2.2		SI. Localiza expediente del pensionista fallecido y le integra la documentación.
3		Envía expediente al Médico de Medicina del Trabajo adscrito a la Subdelegación de Prestaciones.
4	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES (MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO)	Recibe expediente y verifica documentación. ¿Se requiere información médica adicional?
4.1		NO. Analiza la causa del fallecimiento del pensionista. Continúa en actividad 9.
4.2		SI. Elabora Oficio sobre documentos faltantes, envía original al Área de Atención al Público, recaba acuse y archiva.

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4170

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
5	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Recibe Oficio, firma acuse y comunica al beneficiario para que entregue la documentación faltante.
6	BENEFICIARIO	Recibe notificación y entrega documentación faltante al Área de Atención al Público.
7	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Recibe documentación y envía al Médico de Medicina del Trabajo.
8	MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO	Recibe documentación y anexa al expediente del pensionista fallecido.
9		Emite dictamen sobre la causa del fallecimiento. ¿El fallecimiento del pensionista fue consecuencia directa de la causa que originó la incapacidad?
9.1		NO. Requisita el formato RT-09, explicando la improcedencia de la transmisión y elabora "Dictamen de Improcedencia (RT-06)", envía originales al Área de Atención al Público para su entrega al beneficiario, recaba acuse y archiva. Termina procedimiento en ésta actividad.
9.2		SI. Requisita el formato "Certificado Médico de Invalidez por Enfermedad o Accidente Ajeno al Trabajo o de Incapacidad Permanente o Defunción por Riesgo del Trabajo (RT-09)", explicando la causa del fallecimiento y envía original al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene delegacional, recaba acuse y archiva.
10	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES (DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE)	Recibe original de formato RT-09, firma acuse.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4171

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
11	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Elabora el formato "Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo" RT-13, "Cédula de Captura a la Nómina de Pensionados" SSHT-04 y "Cédula de Reincorporación a Nómina" RT-99, envía al Subdelegado de Prestaciones.
12		Recibe formatos RT-13, SSHT-04 y RT-99, valida y envía al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene de la Subdelegación de Prestaciones.
13		Recibe formatos RT-13, SSHT-04 y RT-99, procesa el alta en nómina de la pensión otorgada (Conforme al "Manual de Asignación de Derechos"), generando los siguientes productos en el sistema: <ul style="list-style-type: none"> – "Concesión de Pensión" RT-11 – "Liquidación de Pago Previa Incorporación a Nómina" RT-12 – Credencial de pensionista.
14		Incorpora formatos RT-13, RT-11, RT-12 y credencial en expediente, archiva temporalmente.
15	BENEFICIARIO	Notifica a beneficiario para que se presente con un documento-comprobante.
16		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.
17		Recibe documento-comprobante, localiza expediente del pensionista fallecido, extrae y entrega: <ul style="list-style-type: none"> – "Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo" RT-13 (copia), – Credencial de pensionista, – Fecha-lugar para recoger cheque.

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4172

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
18	BENEFICIARIO	Recibe copia de formato RT-13, credencial y fecha-lugar de pago.
19	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.
20	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Recibe copia de formatos RT-11 y RT-12, firma y envía a la Subdelegación de Administración.
21	SUBDELEGACIÓN DE ADMINISTRACIÓN	Recibe formatos RT-11 y RT-12, elabora cheque y recaba firma del Subdelegado de Administración.
22		Envía cheque junto con formatos RT-11 y RT-12 a la Caja Delegacional.
23	CAJA DELEGACIONAL	Recibe formatos RT-11, RT-12 y cheque de primer pago para su entrega al beneficiario.
24	BENEFICIARIO	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">– “Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo” RT-13 (copia),– Credencial de pensionista.
25	CAJA DELEGACIONAL	Recibe formato RT-13, credencial y entrega: <ul style="list-style-type: none">– “Concesión de Pensión” RT-11,– Cheque del primer pago del beneficio.
26	BENEFICIARIO	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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

21

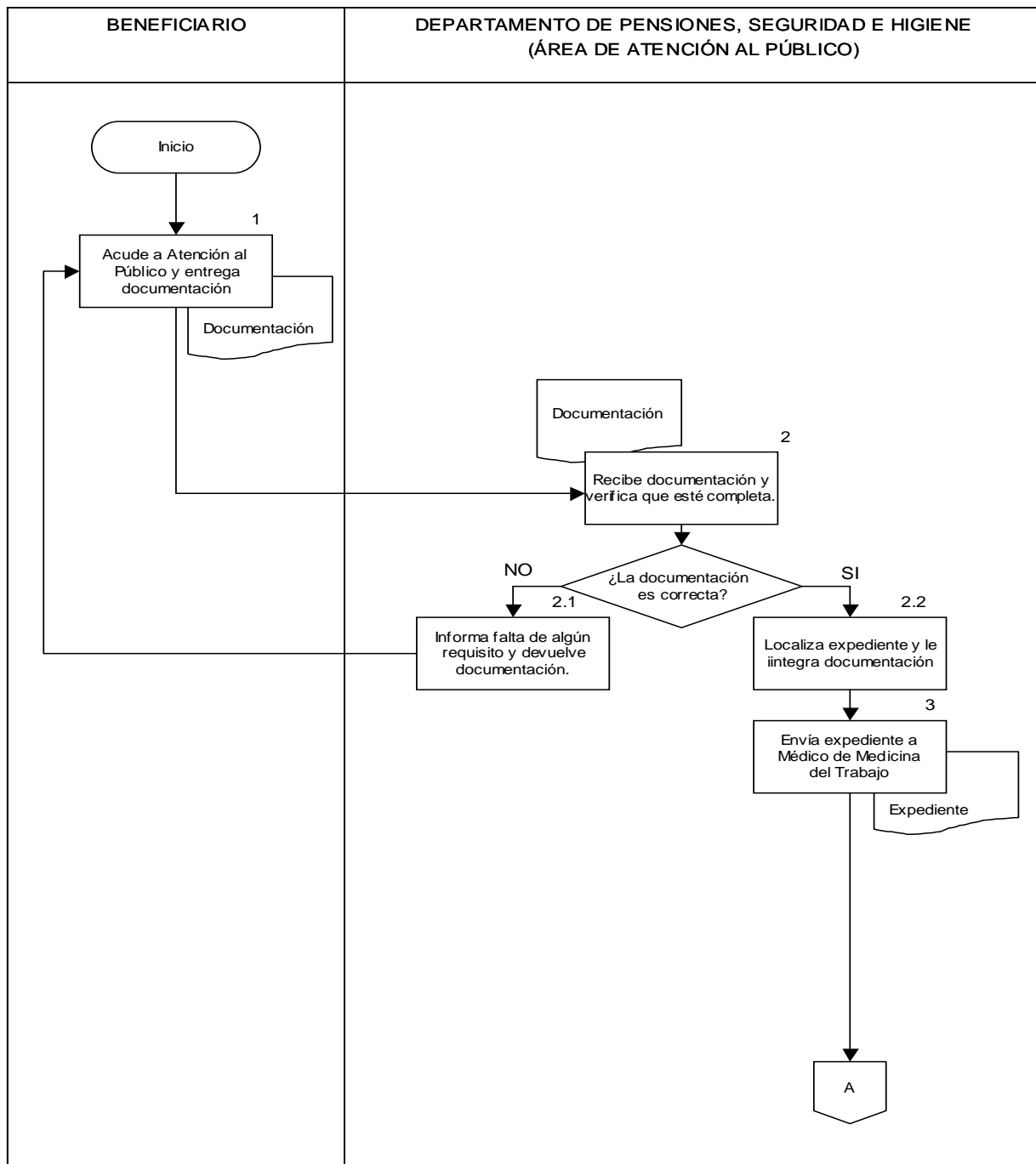
12

2007

No. de Página

4173

4. DIAGRAMA DE FLUJO



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

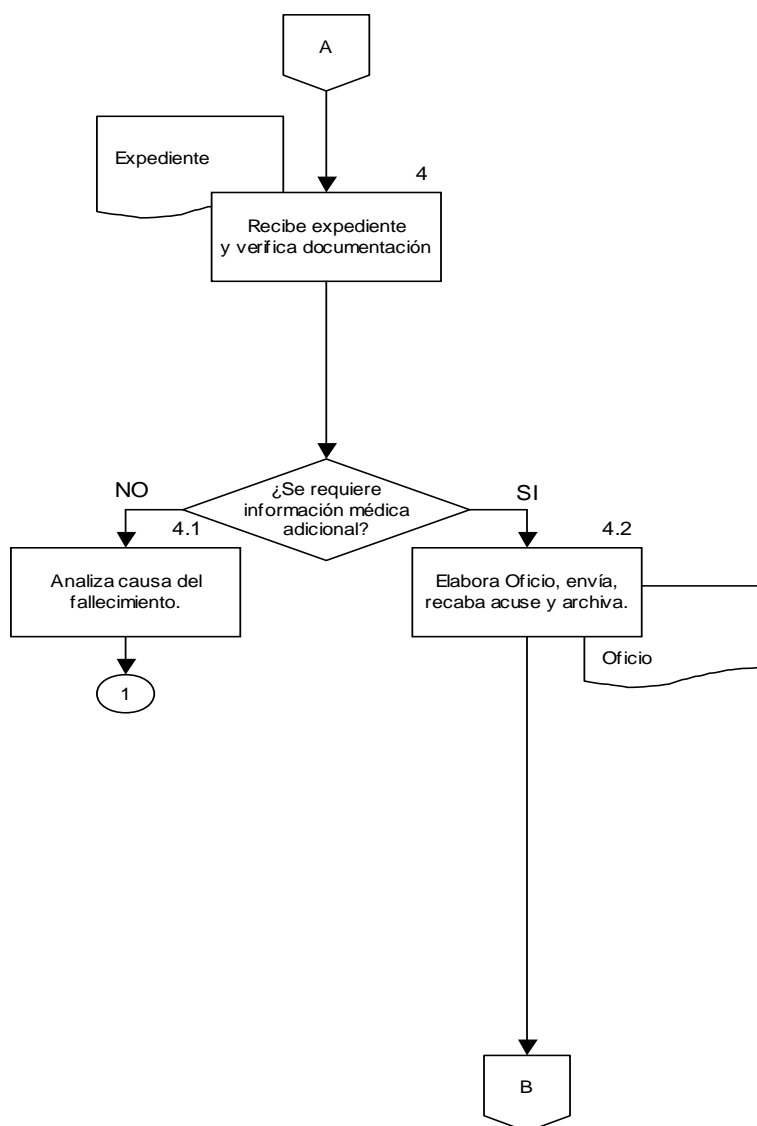
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4174

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES
(MÉDICO DE MEDICINA DE TRABAJO)**





22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA INCAPACIDAD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

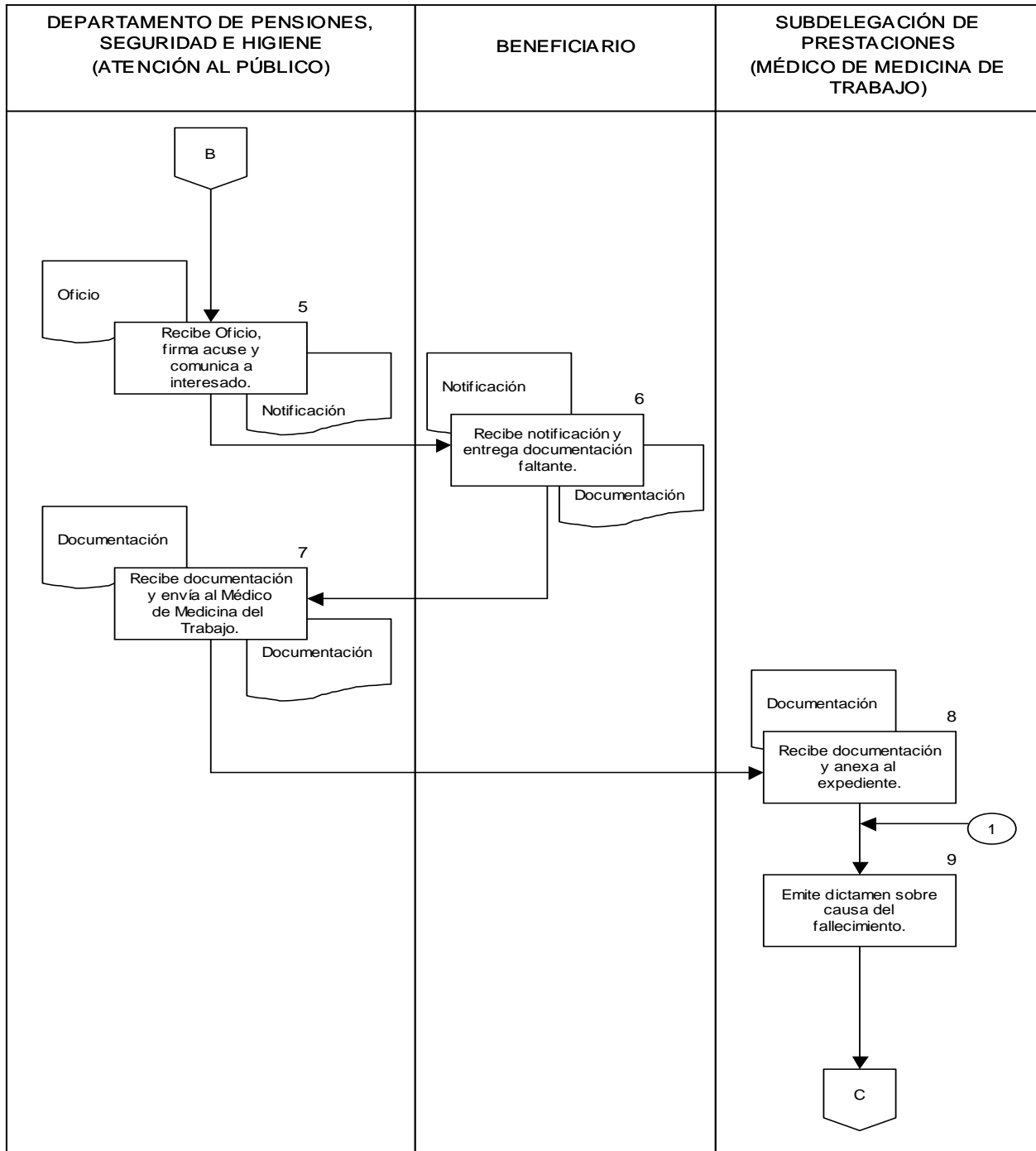
21

12

2007

No. de Página

4175



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA INCAPACIDAD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

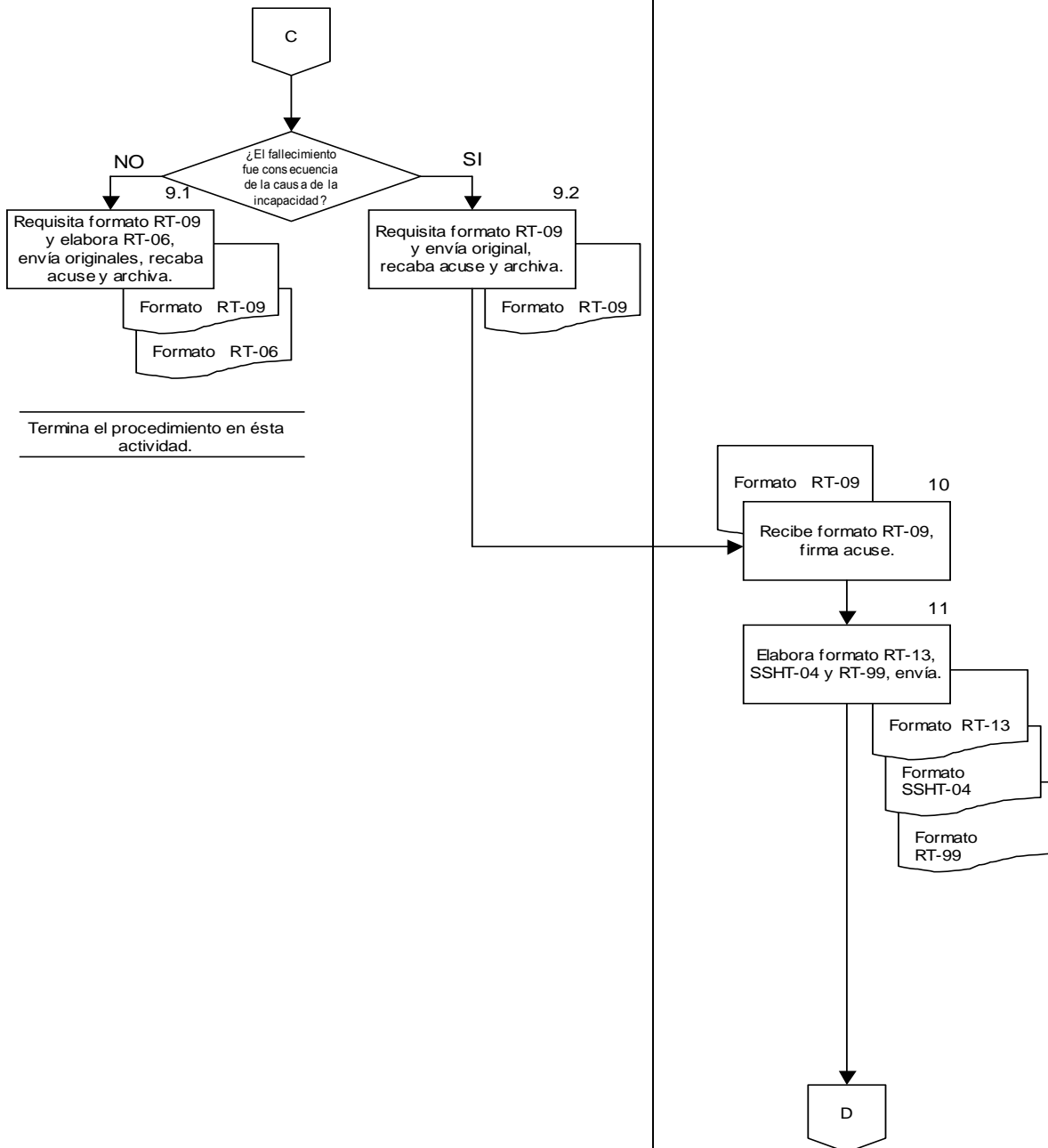
No. de Página

4176

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA INCAPACIDAD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

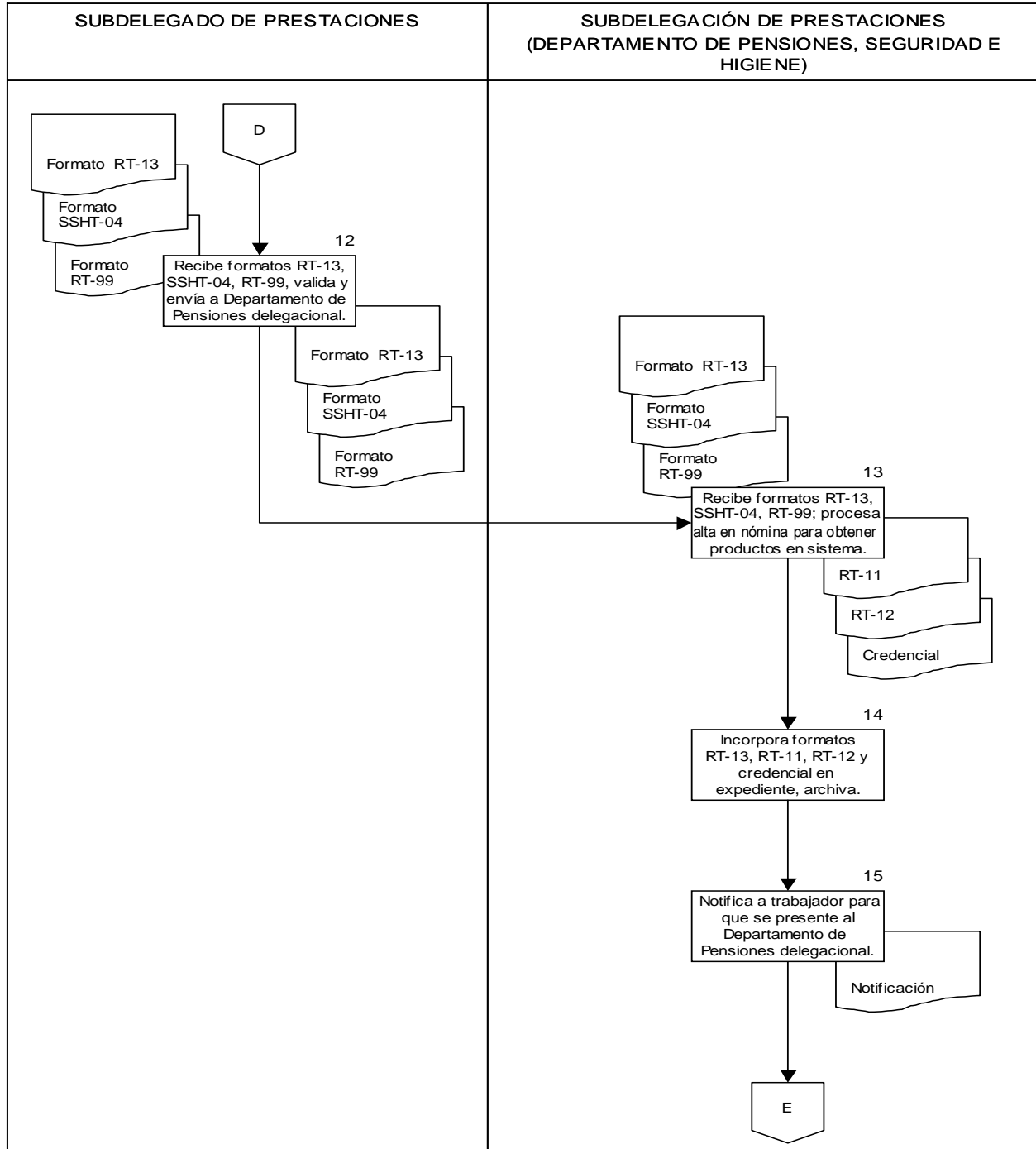
21

12

2007

No. de Página

4177



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

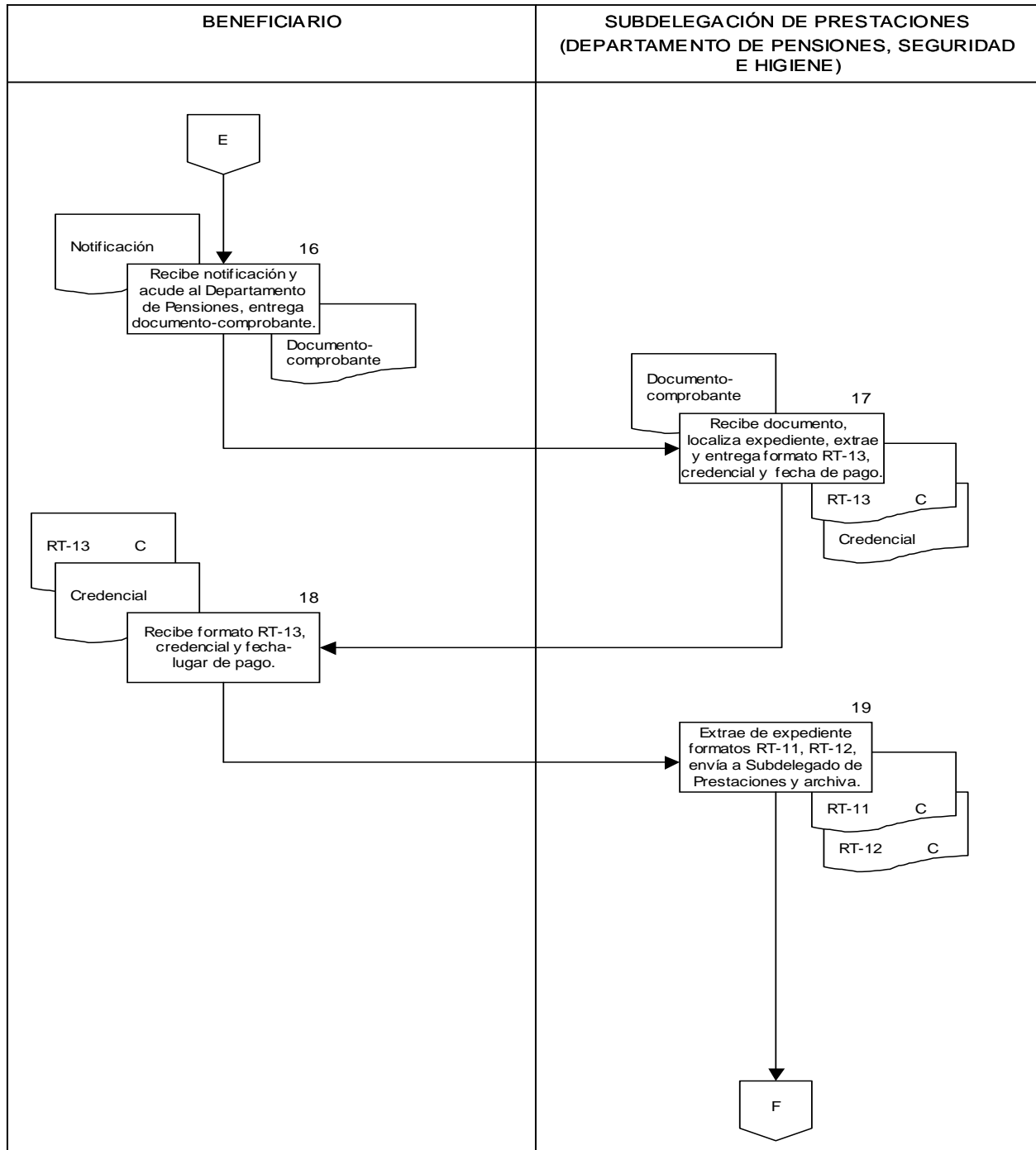
21

12

2007

No. de Página

4178



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

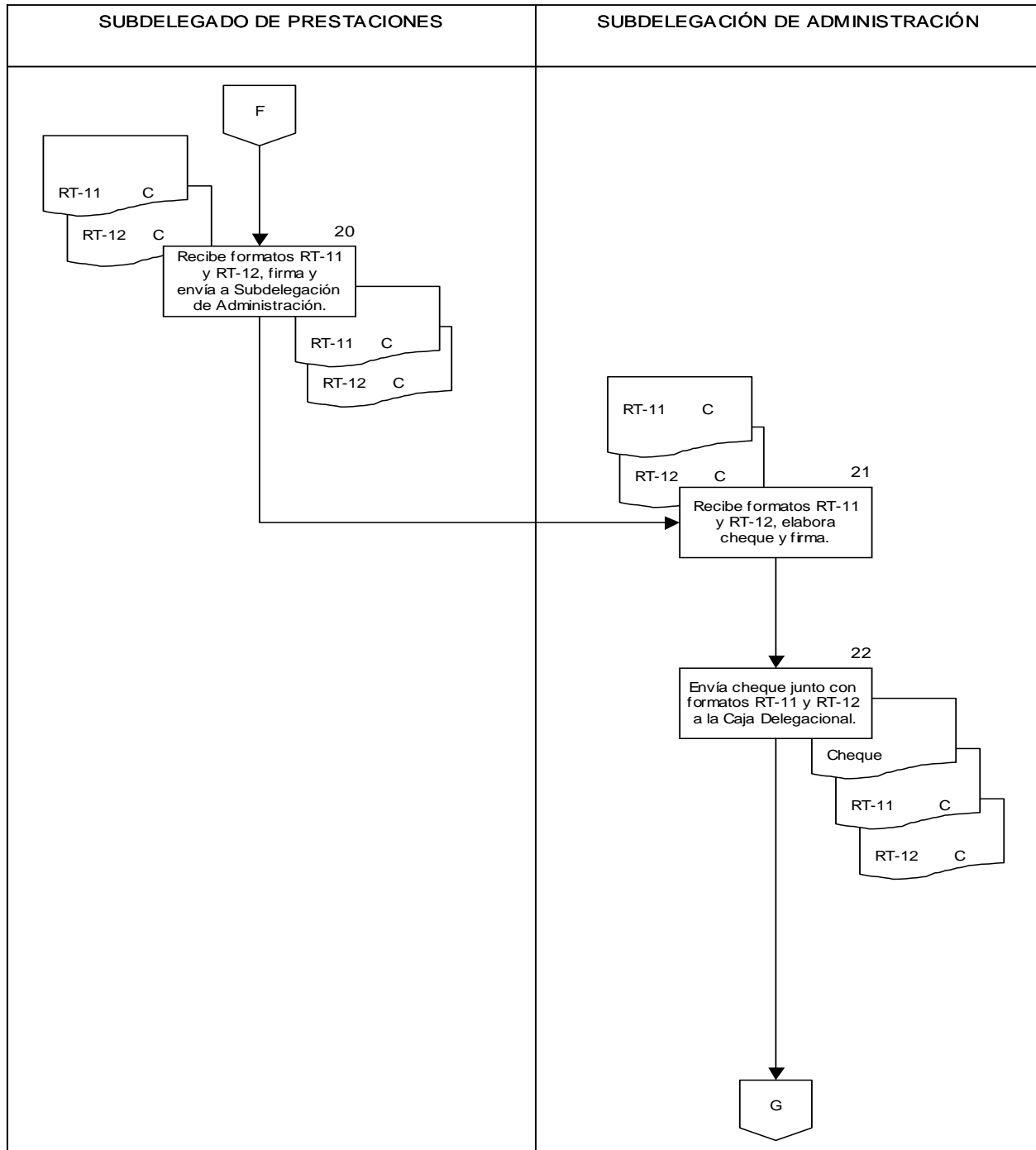
21

12

2007

No. de Página

4179



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA INCAPACIDAD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

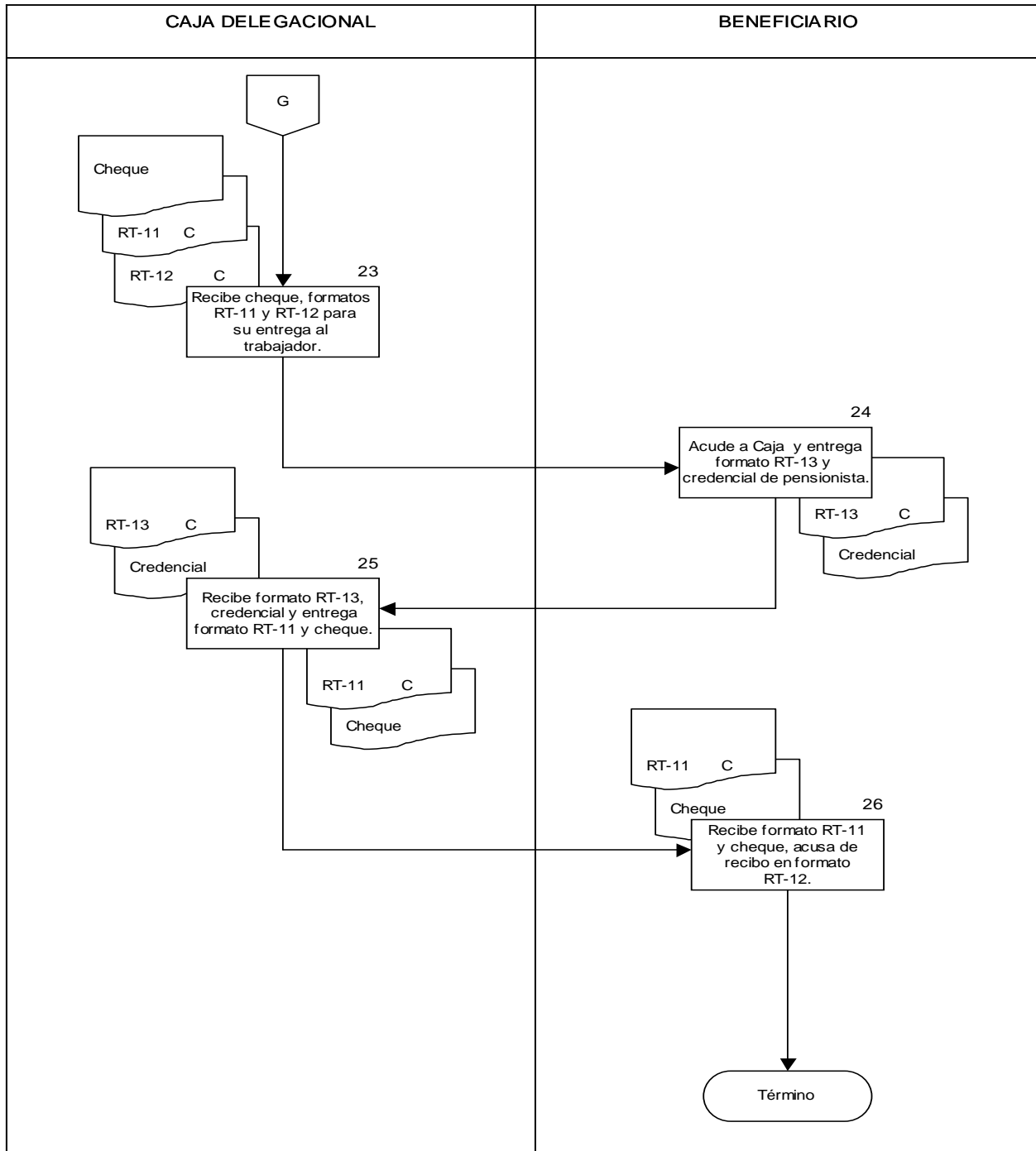
21

12

2007

No. de Página

4180





**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4181

5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición
Expediente					

6. REFERENCIAS	1. Lineamientos Generales para la Dictaminación en Materia de Medicina del Trabajo. 2. Manual de Asignación de Derechos.
7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	
8. ANEXOS	a. Solicitud de Calificación del Probable Riesgo de Trabajo (RT-01) b. Certificado Médico Inicial (RT-02) c. Dictamen de Improcedencia (RT-06) d. Certificado Médico de Invalidez por Enfermedad o Accidente Ajeno al Trabajo o de Incapacidad Permanente o Defunción por Riesgo del Trabajo (RT-09) “Solicitar instructivos RT-01, RT-02 y RT-09 al área normativa vigente”. e. Concesión de Pensión (RT-11) f. Liquidación de Pago Previa Incorporación a Nómina (RT-12) g. Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo (RT-13) h. Reincorporación a Nómina RT-99 i. Modificación de Datos en Nómina SSHT-04 j. Tabla de Conversión de los Conceptos de Percepciones

9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio
	Todo el documento	Simplificación, claridad en la redacción, creación y redefinición de políticas y actividades. Se agregaron formatos nuevos.

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó
-------------------	------------------	------------------

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4182

8. ANEXOS



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4183

a. Solicitud de Calificación del Probable Riesgo de Trabajo (RT-01)

Fecha		
Día	Mes	Año

1.- SOLICITUD DE CALIFICACIÓN

C. _____
SUBDELEGADO (A) DE PRESTACIONES DEL ISSSTE
EN LA DELEGACIÓN _____

CON APEGO A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL ISSSTE, SOLICITO LA CALIFICACIÓN TÉCNICA DEL
RIESGO DE TRABAJO QUE DESCRIBO A CONTINUACIÓN:

1.1 DATOS DEL TRABAJADOR:

PARA USO DEL TRABAJADOR

NOMBRE _____
APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) _____
DOMICILIO _____
PARTICULAR _____ CALLE _____ NO. EXTERIOR _____ NO. INTERIOR _____

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

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

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

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

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

CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

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

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

ATENTAMENTE:

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR _____

1.2 DATOS DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD:

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA _____ NÚMERO DE RAMO _____

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4184

DICTAMEN DE CALIFICACIÓN:

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

FECHA EN QUE SE PRESENTÓ POR PRIMERA VEZ A LA ATENCIÓN MÉDICA

DÍA	MES	AÑO	HORA

PARA USO DEL MEDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO

DIAGNÓSTICOS

CONCLUSIONES

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

POR CONSIGUIENTE, EL RIESGO DE TRABAJO SE CALIFICA COMO

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

LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 23, 34,36,37 Y 40 FRACCION I, DE LA LEY DEL ISSSTE; 63,131,126 FRACCION II, DEL REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL ISSSTE-, III DE LA LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO; 15 FRACCION I Y VI DEL REGLAMENTO DE LAS DELEGACIONES DEL ISSSTE; 43 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE, EN CASO DE IMPROCEDENCIA EL TRABAJADOR TIENE 30 DÍAS HÁBILES PARA TRAMITAR SU DESACUERDO, 13 DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS.

LUGAR Y FECHA EN QUE SE ELABORÓ

**NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE
DE MEDICINA DEL TRABAJO QUE CALIFICA.**

Vo. Bo. DEL DELEGADO EN CASO DE IMPROCEDENCIA

VO. Bo.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES Y SEGURIDAD
E HIGIENE EN EL TRABAJO

FIRMA DEL SUBDELEGADO DE PRESTACIONES
ECONÓMICAS

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

SELLO DE LA
DELEGACIÓN

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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

21

12

2007

No. de Página

4185

b. Certificado Médico Inicial (RT-02)

CERTIFICADO MÉDICO INICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **RFC 6**
CURP: _____

NATURALEZA DEL RIESGO		FECHA				UNIDAD MEDICA QUE EXPIDE CERTIFICADO MÉDICO INICIAL
		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

ANTECEDENTES

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

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

RIÑA		ALIENTO ALCOHOLICO		INTENCIONALIDAD DE LA LESIÓN		TÓXICOS	
ESTADO DE EBRIDEDAD		BAJO EFECTO DE DROGAS		POR PRESCRIPCIÓN MEDICA			

PADECIMIENTO ACTUAL

EXPLORACIÓN FÍSICA (LESIONES ANATÓMICAS)

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4186

ISSSTE

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES.
SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA
CERTIFICADO MÉDICO INICIAL

FORMATO RT-02

LABORATORIO Y GABINETE
DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO
DIAGNÓSTICO 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

SELLO UNIDAD MÉDICA

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
---------	----------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4187

c. Dictamen de Improcedencia (RT-06)

NOMBRE DEL TRABAJADOR: _____ 1 _____

EXPEDIENTE NÚMERO: _____ 2 _____

DICTAMEN DE IMPROCEDENCIA

VISTO El expediente al rubro citado, para dictaminar la procedencia o improcedencia del beneficio pensionario que fue solicitado al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con motivo de _____ 3 _____ sufrido el _____ 4 _____ del mes de _____ 5 _____ del año _____ 6 _____ por el trabajador mencionado en el ángulo superior derecho y con base en las constancias que obran en el referido expediente se dictamina:

PRIMERO.- Es improcedente el otorgamiento de pensión por _____ 7 _____ al (la) C. _____ 8 _____ con motivo de _____ 9 _____ sufrido el _____ 10 _____; en virtud de que no se tipifica riesgo de trabajo alguno en los términos del artículo 34 de Ley del ISSSTE, dado que según se desprende de la documentación que obra a fojas _____ 11 _____ del expediente mencionado, la lesión orgánica o perturbación funcional que presenta el trabajador, no se originó en el ejercicio o con motivo del trabajo de _____ 12 _____ que desempeñaba en _____ 13 _____, ni tampoco al trasladarse directamente de su domicilio a su centro de labores o viceversa.

SEGUNDO.- Tórnese el presente dictamen al C. Jefe del Departamento de Pensiones y Seguridad e Higiene en el Trabajo para el efecto de que, verificada la circunstancia citada en el punto que antecede, proceda a elaborar el respectivo acuerdo de improcedencia del otorgamiento de la pensión solicitada, y someterlo a la consideración y firma del C. Delegado Estatal del Instituto y a notificarlo formalmente al interesado.
_____ 14 _____ a los _____ 15 _____ días del mes de _____ 16 _____ del año _____ 17 _____.

El Medico de Medicina del Trabajo.

_____ 18 _____
_____ 19 _____

NOMBRE

Cédula Profesional: _____ 20 _____ Reg. Sría. Salud: _____ 21 _____

Clave: _____ 22 _____

c.c.p C. Jefe de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo.- Oficinas
Subdelegado de Prestaciones.- Oficinas
Centro de Adscripción del Trabajador.- Domicilio.

FORMATO RT-06A

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4188

Instructivo de formato: Dictamen de Improcedencia

Clave del formato:

RT-06

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	NOMBRE DEL TRABAJADOR	El nombre completo del trabajador que sufrió el accidente o enfermedad y genero el trámite de prestaciones económicas por riesgo del trabajo. Se registrará en primer lugar el apellido paterno, en segundo lugar el apellido materno y por último el nombre o nombres, ejemplo: Castañeda García Jorge
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 y Enfermedades no Profesionales", el cual debe corresponder al Registro Federal de Contribuyentes del trabajador, ejemplo: CAGI-611210
3	CON MOTIVO DE	Según sea el caso la palabra: "accidente" o bien la palabra "enfermedad".
4	SUFRIDO EL	El número del día en que ocurrió el accidente o se presentó la enfermedad reclamada como del trabajo. Se utilizarán dos dígitos del 01 al 31, ejemplo: 07
5	MES DEL	El nombre del mes en que ocurrió el accidente o se presentó la enfermedad reclamada como del trabajo, ejemplo: agosto
6	AÑO	El número de año en que ocurrió el accidente o se presentó la enfermedad, se utilizarán dos dígitos del 00 al 99, ejemplo: 94.
7	PENSIÓN POR	Según sea el caso, la frase: "incapacidad permanente al" o "por muerte del".

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4189

Instructivo de formato: Dictamen de Improcedencia	Clave del formato: RT-06
---	-----------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
8	AL TRABAJADOR	El nombre del trabajador que sufrió el accidente o la enfermedad reclamada como del trabajo. Debe coincidir con el dato registrado en el numeral 1.
9	CON MOTIVO DE	Según sea el caso la palabra: "accidente" o la palabra "enfermedad". Debe coincidir con el dato registrado en el numeral 3.
10	SUFRIDO EL	El día, mes y año en que ocurrió el accidente o se presentó la enfermedad. Se utilizarán dos dígitos para el día del 01 al 31, dos para el mes del 01 al 12 y otros dos para el año del 00 al 99. Debe coincidir con los datos registrados en los numerales 4, 5 y 6, ejemplo: 07-08-94.
11	FOJAS	El número de fojas en donde se encuentre la documentación que fundamenta el hecho de que las lesiones que presenta el trabajador, no se produjeron en ejercicio o con motivo del trabajo. Los números se separarán con comas, procurando que no queden amontonados, ejemplo: <u>21, 36, 40, 102</u> .
12	TRABAJO DE	El nombre del puesto que ocupaba el trabajador en la dependencia de adscripción y que se informó en el reporte de riesgos del trabajo, ejemplo: linotipista.
13	DESEMPEÑABA EN	El nombre de la dependencia, entidad y organismo donde prestaba sus servicios el trabajador, se pueden utilizar siglas o abreviaturas, ejemplo: <u>Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos</u> .

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4190

Instructivo de formato: Dictamen de Improcedencia	Clave del formato: RT-06
---	-----------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
14	LUGAR	El nombre de la ciudad y estado en que se elabora el dictamen, ejemplo: Villahermosa, Tabasco.
15	DÍAS	El número del día en que se elabora el dictamen. Se utilizarán dos dígitos del 01 al 31, ejemplo: 05.
16	MES DE	El nombre del mes en que se elabora el dictamen. No deberán utilizarse números, ejemplo: febrero.
17	AÑO	El número del año en que se elabora el dictamen. Se utilizará un dígito del 5 al 9, ejemplo: 5.
18	FIRMA	La firma autógrafa del médico de Medicina del Trabajo que emite el dictamen. En ningún caso podrá omitirse éste requisito, en tal razón, si no cuenta con el mismo, el documento carece de validez.
19	NOMBRE	El nombre completo del médico de Medicina del Trabajo que emite el dictamen. Se anotará en primer lugar el apellido paterno, en segundo lugar el apellido materno y al final el nombre o nombres, ejemplo: Gómez Pérez Pablo.
20	CÉDULA PROFESIONAL	El número de cédula asignado al médico de Medicina del Trabajo que emite el dictamen, por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, ejemplo: <u>13521847</u> .

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4191

Instructivo de formato: Dictamen de Improcedencia

Clave del formato:
RT-06

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
21	REG. SECRETARÍA DE SALUD	El número de registro de la Secretaría de Salud asignado al Médico de Medicina del Trabajo que emite el dictamen.
22	CLAVE	El número de empleado del instituto que le haya asignado la Subdirección de Recursos Humanos al médico que emite el dictamen.

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
---------	----------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4192

- d. Certificado Médico de Invalidez por Enfermedad o Accidente Ajeno al Trabajo o de Incapacidad Permanente o Defunción por Riesgo del Trabajo (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

Nº _____

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 _____

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

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

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

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4193

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 ☐ AJENO AL TRABAJO ☐ DE TRABAJO ☐

5.2 CLASE DE RIESGO ☐ ENFERMEDAD ☐ ACCIDENTE ☐

5.3 EL RIESGO SE PRESENTO ☐ CON MOTIVO O EN 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. _____ DICTAMEN

6. TIPO DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD

6.1 ESTE PADECIMIENTO PROVOCO AL TRABAJADOR:

INVALIDEZ ☐ INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE ☐ AUSENCIA DE SEQUELAS 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

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

IMPORTANTE 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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4194

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
LLENAR 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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
---------	----------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4195

ANEXO RT-09 TRAMITE GRATUITO

PARA USO EXCLUSIVO DEL MEDICO RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO

9.9 EL C.

B. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y ELABORACION

NOMBRE, CLASE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL MEDICO RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO QUE EXPIDE EL DICAMEN

LUGAR Y FECHA EN QUE SE ELABORO EL DICAMEN

IMPORTANTE: EL PRESENTE DICAMEN CUMPLE REQUISITOS INFORMATIVOS Y DE FORMALIDAD PARA LA EJECUCION DE PROCEDIMIENTOS JURIDICO ADMINISTRATIVOS DEL ISSSTE, EN SU VIRTUD SE EXPEDICION NO GENERA POR SI MISMO EL DERECHO A PRESTACIONES ECONOMICAS

NOTA: ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI PRESENTA ESCRIBIDURAS O ENMIENDAS

NUMERO DE FOJAS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE

REVERSO

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

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4196

e. 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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4197

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

P E R C E P C I O N E S

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

T O T A L

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

T O T A L

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4198

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4199

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

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4200

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 elaboró el formato RT-09 que estableció la existencia del riesgo del trabajo. Se utilizarán 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
---	--	--------



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4201

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.	<p>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></p> <p>El nombre completo del solicitante de la prestación, el cual se tomará del numeral 3 de la solicitud.</p> <p>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></p>
8	AL (LA) C.	<p>El nombre completo del beneficiario de la pensión por riesgo del trabajo.</p> <p>En los casos de incapacidad parcial permanente y total permanente debe coincidir con el dato que se anote en los numerales 1 y 11.</p> <p>En los casos de fallecimiento se anotará el nombre del primer familiar sobreviviente con derecho a la pensión, sea el cónyuge, hijo, ascendiente, etc.</p> <p>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></p>
9	EN LA MODALIDAD DE	<p>El nombre del tipo de pensión que corresponda de acuerdo con las consecuencias producidas por el riesgo del trabajo pudiendo ser:</p> <p>Incapacidad parcial permanente.</p> <p>Incapacidad total permanente.</p> <p>Viudez.</p> <p>Viudez y orfandad.</p> <p>Orfandad.</p> <p>Concubinato.</p>

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4202

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4203

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 dejo como consecuencia El riesgo del trabajo, tal y como se describen en el numeral correspondiente del articulo 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 articulo 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 anotará <u>50%</u> .
17	DE ACUERDO A LOS NUMERALES	El número asignado en el articulo 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 separarán 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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4204

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4205

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

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
-----	--------	---------------

	INICIO DE PENSIÓN 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 utilizarán cuatro dígitos de 1994 en adelante. Ejemplo: <u>1995</u> .

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4206

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 Catálogo 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
---	--	--------



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

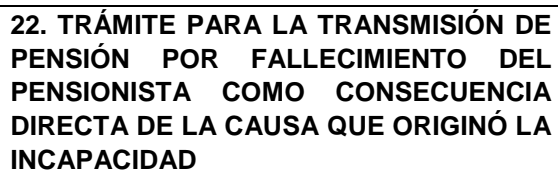
No. de Página
4207

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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B



SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Versión:

Día	Mes	Año
21	12	2007

4209

DATOS DEL TRABAJADOR

1) PUESTO (40.1)

--	--	--

 2) ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO

(40.2)	

--	--

 3) TURNO

--	--

 (40.3)

A A - M M

4) NO. DE C.M.S.H.

--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--

 (40.4)

ENT. FED. RAMO CONSECUTIVO AÑO

5) NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO | (40,5)

6) TIPO DE TRAMITE (40.6) [] **7) FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD**

[][][][][][]
A A -- M M -- D D
D S

(40.7)

8) HORA DEL ACCIDENTE | | : | | 9) TIPO DE RIESGO | | 10) TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD | | (40.10)

11) AGENTE DE RIESGO (40.11) 12) CONDICION O ACTO INSEGURO (40.12) 13) TIPO DE LESIONES (40.13)

14) PARTE DEL CUERPO AFECTADA	(40.14)	15) DIAS DE INCAPACIDAD	(40.15)	16) APARATO DE PROTESIS U ORTESIS	(40.16)
-------------------------------	---------	-------------------------	---------	-----------------------------------	---------

17) IMPORTE N\$ ^(40.17) | | | | | . | | | 18) PAGO CINCO ANUALIDADES | | (40.18)

TIPO B



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	

Instructivo de formato: Reincorporación a Nómina	Clave del formato: RT-99
--	-----------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
-----	--------	---------------

1	NÚMERO DE CONTROL	Número compuesto de siete dígitos: los dos primeros corresponden a la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE Estatal o Metropolitana, donde se realiza el trámite, los siguientes dos determinan el mes de reincorporación a nómina; y los tres restantes al número de folio consecutivo que le asignen al trámite.
2	DELEGACIÓN	Nombre de la Entidad Federativa donde se encuentra ubicada la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE Estatal o Metropolitana.
3	R.F.C.	El Registro Federal de Contribuyentes del trabajador que generó el derecho a la pensión, de acuerdo con las reglas establecidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
4	HOMÓNIMO	Se requisitará conforme a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">– 000 Cuando no exista otro registro– 100 Cuando exista otro registro, pero de diferente persona– 001 a 099 Cuando la pensión está compartida
5	NOMBRE	Apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona que generó el derecho a la pensión.
6	TIPO DE BENEFICIO ORIGINAL Y ACTUAL	La clave que identifica la pensión otorgada al beneficiario (tres dígitos). En los casos en que la incapacidad pasa de 104 a 105, la clave original corresponde a la 104 y la actual a la 105. En el caso de revaloración médica, cuando la incapacidad siga siendo parcial deberán anotar la clave 104 (Incapacidad Parcial Permanente) en los campos original y actual. En los casos de transmisión de una 104 o 105, la clave original corresponde a cualquiera de estas dos incapacidades; y, la clave actual sería alguna de 427 a 433, según el caso.

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	

Instructivo de formato: Reincorporación a Nómina	Clave del formato: RT-99
--	-----------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
7	NÚMERO DE PENSIONISTA	En los casos de pensiones compartidas, deberán anotar en original y actual la misma clave de beneficio. En el caso de pensión alimenticia deberán anotar la clave 104 o 105 Incapacidad Parcial o Total Permanente en los campos original y actual, de acuerdo al tipo de beneficio del que se deriva la pensión. El número integrado por seis dígitos que se le haya asignado al pensionista en la Concesión de Beneficio. En los casos de pensión compartida y alimenticia, dejar en blanco este campo, pues el número se asigna en Oficinas Centrales.
8	LOCALIDAD	La clave de la población o ciudad, en donde se realizará el pago de la pensión mensual, la cual consta de seis dígitos, misma que deberá ser requisitada de acuerdo al Catálogo de Localidades y Sucursales actualizado.
9	R.F.C. DE COMPATIBILIDAD	Se requisitará únicamente cuando el sistema encuentre un R.F.C. de compatibilidad.
10	SUCURSAL DE PAGO	La clave del lugar donde se ubica la sucursal del banco, oficina de correos o corresponsalía de pago; en la cual se realizará el pago de la pensión, misma que deberá ser requisitada de acuerdo al Catálogo de Localidades y Sucursales actualizado.
11	DEUDO DE COMPATIBILIDAD	No requisitar.
12	ÚLTIMO RAMO	La clave de la Dependencia u Organismo, donde el trabajador generó el derecho a la pensión y que se integra de cinco dígitos. En el caso de pensión alimenticia deberán requisitarlo conforme al ramo que tiene el pensionado demandado.
13	FECHA DE INICIO DE PENSIÓN	El año, mes y día que se asentó en campo 52 del Certificado Médico (RT-09), o la que se indique en el laudo, en caso de juicio.

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4212

Instructivo de formato: Reincorporación a Nómina	Clave del formato: RT-99
--	-----------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
-----	--------	---------------

14	DEDUCCIONES, SEGURO DE VIDA	<p>En los casos de fallecimiento, un día después de ocurrido éste</p> <p>En los casos en que la incapacidad pasó de una 104 (parcial permanente) a 105 (total permanente), la fecha que se anotará será la que se indique en el campo 52 del Certificado Médico (RT-09) que contenga el nuevo dictamen de la 105.</p> <p>En los casos de transmisión, la fecha que se anotará será la que corresponda a un día después de ocurrido el fallecimiento, cuando el derecho derive de una pensión por incapacidad parcial permanente (104); si se deriva de una pensión por incapacidad total permanente (105) se respetará la fecha de inicio.</p> <p>En los casos de revaloración, si continúa siendo incapacidad parcial permanente, deberá conservar la fecha de inicio de la pensión original.</p> <p>En los casos de un segundo o tercer accidente deberán conservar la fecha de inicio de la pensión original.</p> <p>En los casos de pensión compartida se requisitará con la fecha de la solicitud del nuevo núcleo familiar.</p> <p>En los casos de pensión alimenticia, se requisitará con la fecha que señale el Juez para el inicio del pago.</p>
15	FECHA DE SOLICITUD	<p>Año, mes y día, en que se solicitó el trámite de reincorporación.</p>
16	CUOTA DIARIA DE PAGO	<p>Importe de la cuota a la que diariamente el beneficiario de la pensión tendrá derecho y que será pagadera mensualmente en la nómina, tomando en cuenta los incrementos salariales autorizados por la H. Junta Directiva, a partir de la fecha señalada como de inicio, sólo en los casos de la incapacidad total permanente y fallecimientos.</p>

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4213

Instructivo de formato: Reincorporación a Nómina	Clave del formato: RT-99
--	-----------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
-----	--------	---------------

17	OTRAS DEDUCCIONES	<p>En el caso de las revaloraciones, cuando la incapacidad continúe siendo parcial permanente, la nueva cuota diaria se calculará con base en la que tenía antes de la disminución o aumento de las secuelas.- Cuando la incapacidad pase a total permanente, la nueva cuota diaria se calculará con base en el sueldo básico que tenía al ocurrir el riesgo actualizado a la fecha del nuevo Dictamen Médico.</p> <p>En caso de un segundo accidente la cuota diaria se determinará con base en el sueldo básico actualizado a la fecha del Dictamen y se sumará a la cuota diaria del primer accidente.</p> <p>En caso de las pensiones alimenticias y compartidas, se deberá tomar en cuenta la cuota diaria original e incluirle los incrementos que se hayan otorgado a partir de su fecha de inicio y hasta la fecha de incorporación.</p> <p>En los casos de transmisión de pensión ya sea derivada de una incapacidad parcial permanente o total permanente, la cuota diaria de pago será la que venía percibiendo el pensionista directo, al fallecer actualizada con los incrementos que hubiese autorizado la Junta Directiva entre la fecha del fallecimiento del pensionista y aquella en que se lleve a cabo la transmisión.</p> <p>La clave del concepto que corresponda, de acuerdo con la tabla anexa, y su importe mensual que se venía aplicando antes de la baja.</p>
18	SEXO	<p>Identificar con número 1, si la persona que generó el derecho a la pensión es hombre y 2, si se trata de mujer.</p>
19	PRIMERA COTIZACIÓN ISSSTE-RAMO	<p>La clave de la Dependencia u Organismo en que por primera vez el beneficiario cotizó al Instituto, la cual se integra por cinco dígitos, la cual se requisitará de acuerdo al Catálogo de Ramos vigente.</p>
20	PRIMERA COTIZACIÓN ISSSTE-FECHA	<p>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.</p>

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4214

Instructivo de formato: Reincorporación a Nómina

Clave del formato:
RT-99

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
21	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 el caso de pensión por incapacidad parcial permanente (104), este campo deberá dejarse en blanco.
22	TIEMPO DE SERVICIOS	El período en años, meses y días, en que la persona que generó el derecho a la pensión cotizó al Instituto (el resultado de restar aritméticamente a la fecha de la última cotización, la fecha de la primera cotización), y sumándole un día más. En caso, de pensión por incapacidad parcial permanente (104), éste campo deberá dejarse en blanco.
23	ÚLTIMO SUELDO BÁSICO MENSUAL	En los casos de incapacidad parcial permanente, incapacidad total permanente y fallecimientos y transmisión de pensión por fallecimiento del pensionista, se deberá requisitar con la percepción mensual que sirvió de base para la determinación de la pensión original. Cuando la pensión pase de incapacidad parcial permanente a total permanente deberán tomar el sueldo básico mensual que sirva de base para la determinación de la pensión por incapacidad total permanente
24	PORCENTAJE	El tanto por ciento que se otorgó al trabajador, conforme a la Tabla de Valuación de Incapacidades de la Ley Federal del Trabajo. En los casos de revaloración o pensiones compartidas, se anotará el nuevo porcentaje otorgado o el indicado por el Juez para las pensiones alimenticias. En los casos de un segundo accidente se sumará al que tenía del primer accidente.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4215

Instructivo de formato: Reincorporación a Nómina	Clave del formato: RT-99
--	-----------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
25	CUOTA DIARIA ORIGINAL PENSIÓN A DIRECTO	El importe que se asignó como cuota diaria, a partir de la fecha en que se concedió el beneficio original. Éste campo se llenará sólo en los casos de 104 y 105 Cuando pase de una 104 a 105 se anotará como cuota diaria original la que corresponda a la 105. En el caso de las pensiones alimenticias, se deberá realizar la siguiente operación para determinarla: $\text{Cuota diaria del directo} \times \% = \text{cuota diaria para la alimenticia.}$
26	SÓLO PARA EX- TRABAJADORES DE EDUCACIÓN PÚBLICA	La clave de la(s) plaza(s) que haya desempeñado el trabajador que generó el derecho a la pensión, de acuerdo con el Catálogo de Puestos de la Secretaría de Educación Pública. <ul style="list-style-type: none">● El número de plazas: 1,2,3, etc.● El tipo de plaza: A = Administrativo P = Educación Primaria S = Educación Secundaria ES = Educación Superior
27	CUOTA DIARIA ORIGINAL PENSIÓN A DEUDO	El importe que se asignó como cuota diaria de pensión, a partir de la fecha en que se concedió el beneficio, únicamente se requisita en las pensiones (400). En el caso de las pensiones compartidas, la que se otorgó a partir de la fecha de solicitud, de acuerdo con el porcentaje asignado para cada pensión.
28	FECHA DE FALLECIMIENTO DEL CAUSANTE	La fecha de fallecimiento de la persona que generó el derecho a la pensión (año, mes y día).
29	NOMBRE (PERSONALIDAD DE LOS DEUDOS)	Apellido paterno, materno y nombre(s) de cada uno de los beneficiario de la pensión, en caso de menores deberán ser colocados de menor a mayor.

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4216

Instructivo de formato: Reincorporación a Nómina

Clave del formato:
RT-99

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
-----	--------	---------------

30	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) incapacitados física o mentalmente 200 = Concubina 201 a 219 = Hijos de la concubina 291 a 299 = Hijos de la concubina incapacitados física o mentalmente 300 a 700 = Diferentes grupos familiares (en los rangos anteriores) 800 = Padre o abuelo del pensionista o trabajador fallecido 900 = Madre o abuela del pensionista o trabajador fallecido.
31	SEXO	Identificar con el número 1, si el deudo es hombre y 2, si es mujer.
32	ESCOLARIDAD	El código que corresponda de acuerdo con: 0 = No es necesario el requisito 1 = Cumple con el requisito
33	FECHA DE NACIMIENTO	Año, mes y día de nacimiento.
34	VENCIMIENTO	De conformidad con el código anotado en el espacio destinado al carácter, se definirá: – Si el código termina en cero, se identificará el vencimiento con 9999. – Si el código contiene dos números 91 al 99 en sus últimas dos posiciones, se identificará el vencimiento con 9999. – Si el código contiene los números 01 al 19 en sus dos últimas posiciones, se identificará el vencimiento en los siguientes términos:

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4217

Instructivo de formato: Reincorporación a Nómina	Clave del formato: RT-99
--	-----------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
-----	--------	---------------

35	DOMICILIO	<ul style="list-style-type: none">En los deudos menores de 18 años se anotará la edad máxima en que podrán disfrutar de la pensión. <p>EJEMPLO:</p> <p>Nacimiento = 70-01-13 Vencimiento = 88-01-13</p> <ul style="list-style-type: none">En deudos mayores de 18 años, se anotará un año posterior a la fecha de proceso de reincorporación; de contar con más de 24 años, se ajustará el vencimiento a la fecha en que cumplan 25 años de edad. <p>EJEMPLO:</p> <p>Solicitud = 87-01-13 Vencimiento = 88-01-13</p> <p>En el caso de pensión por incapacidad parcial o total permanente, el domicilio del trabajador(a) o ex-trabajador(a)</p> <ul style="list-style-type: none">– Calle– Número exterior– Número interior– Colonia– Código Postal– Población o Ciudad– Estado <p>En pensión por viudez por muerte del trabajador(a) o pensionista, el domicilio de la viuda(o)</p> <p>Pensión por orfandad, el domicilio del beneficiario de la pensión (hijo(a))</p> <p>Pensión por ascendencia, el domicilio del ascendiente beneficiario de la pensión.</p>
----	-----------	--

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



22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA INCAPACIDAD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4218

Instructivo de formato: Reincorporación a Nómina	Clave del formato: RT-99
--	-----------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
-----	--------	---------------

36	CLAVE DEL PUESTO	El código que tiene asignado la plaza que ocupaba el trabajador o ex trabajador en la Dependencia u Organismo, en la fecha del riesgo.
37	DESCRIPCIÓN DEL PUESTO	Nombre del puesto que desempeñaba el trabajador o ex trabajador en la Dependencia u Organismo, en la fecha del riesgo.
38	FECHA DE ELABORACIÓN	Día, mes y año, en que se requisitó el documento.
39	AUTORIZÓ, NOMBRE Y FIRMA	El nombre y firma del Subdelegado de Prestaciones del ISSSTE, facultado para autorizar la reincorporación a nómina.
40	FORMATO ESTADÍSTICO SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO	Contiene los datos que permiten llevar el registro de los riesgos del trabajo y sus características.
40.1	PUESTO	La ocupación que desempeñaba el trabajador en la fecha en que ocurrió el riesgo. Éste dato se codificará conforme al Catálogo de Puestos que aparece en el Manual del Subsistema de Asignación de Derechos de Pensiones por Riesgos de Trabajo (clave que se compone de tres dígitos).
40.2	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO AA-MM	El número de años y meses que el trabajador laboró 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.
40.3	TURNOS	La jornada que cubría el trabajador de acuerdo con el horario laboral: 01 = Matutino 02 = Vespertino 03 = Nocturno 04 = Mixto
40.4	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 En caso de no existir comisión mixta se anotarán ceros.

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4219

Instructivo de formato: Reincorporación a Nómina

Clave del formato:
RT-99

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
40.5	NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO	Se requisitará obligatoriamente en los casos en que no se cuente con Comisión Mixta. Cuando se haya requisitado 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"-; etc. y no Secretaría de Educación Pública.
40.6	TIPO DE TRÁMITE	La clave se asigna para identificar si se trata de un primer o segundo accidente, o modificación de las características del mismo. EJEMPLO: 1 = Alta 2 = Segundo, tercer accidente, etc. 3 = Modificación EJEMPLO EN CASO DE MODIFICACION: Cuando aparecen secuelas, que aumentan o disminuyen el porcentaje de valuación. Cambio de incapacidad parcial permanente a incapacidad total permanente. Cuando fallece el trabajador a consecuencia directa de la causa que originó el riesgo.
40.7	FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD	Año, mes y día, en que ocurrió el accidente o se presentó una enfermedad, así como el día de la semana en que tuvo lugar. 1 Lunes 2 Martes 3 Miércoles 4 Jueves 5 Viernes 6 Sábado 7 Domingo

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4220

Instructivo de formato: Reincorporación a Nómina	Clave del formato: RT-99
--	-----------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
-----	--------	---------------

40.8	HORA DEL ACCIDENTE	En caso de un segundo o tercer accidente deberá requisitarse conforme a las circunstancias que provocaron ese segundo riesgo de trabajo. 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.
40.9	TIPO DE RIESGO	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. 01 En trayecto 02 Trabajo 03 Enfermedad
40.10	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).
40.11	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).
40.12	CONDICIÓN O ACTO INSEGURO	La circunstancia peligrosa que hizo posible la ocurrencia del riesgo (anexo 9 del Manual del Subsistema de Asignación de Derechos).
40.13	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).
40.14	PARTE DEL CUERPO AFECTADA	La clave de la parte del cuerpo en que fue lesionado el trabajador (anexo 11 del Manual del Subsistema de Asignación de Derechos).
40.15	DÍAS DE INCAPACIDAD	El número total de días en que el trabajador estuvo imposibilitado para laborar a consecuencia del riesgo de trabajo, sumando desde el momento en que recibió la primera licencia médica hasta el momento en que reingrese a laborar o se determine la incapacidad total permanente.

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

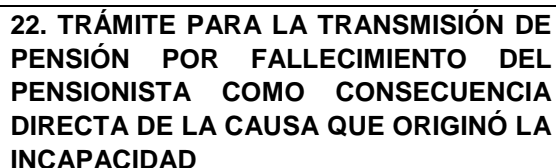
No. de Página
4221

Instructivo de formato: Reincorporación a Nómina	Clave del formato: RT-99
--	-----------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
-----	--------	---------------

40.16	APARATOS DE PRÓTESIS U ÓRTESIS	Éste campo sólo se requisitará en caso de que se haya otorgado al trabajador un aparato de prótesis u órtesis. 1 Prótesis 2 Órtesis
40.17	IMPORTE	La cantidad que haya sido cubierta como pago de la prótesis u órtesis, de acuerdo con la factura del aparato respectivo, o del presupuesto autorizado.
40.18	PAGO DE CINCO ANUALIDADES	Con la letra X, indicar si se cubrió un pago de cinco anualidades, por resultar el monto de la pensión inferior al 5% del salario mínimo general promedio en la República Mexicana, elevado al año. NOTA. Este formato se utilizará en los casos de: <ul style="list-style-type: none">● Reincorporación.● Modificación de cuota y porcentaje, formato SSHT-04.● Cambio de tipo de pensión, formato SSHT-04.● Corrección de cuota, formato SSHT-04.● Corrección de cuota y porcentaje, formato SSHT-04.● Cambio de beneficiario, formato SSHT-04.

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



SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4222

Pensión por Riesgo de Trabajo

No. de Nómina : (1)

Subdelegación de Prestaciones

Nombre del Beneficiario : (3)						No. de Pensionista : (4)													
Nombre del Causante (trabajador que sufrió el riesgo): (5)								Tipo de Pensión : (6)											
(apellido paterno, materno y nombre(s))																			
R.F.C. : (7)																			
Ramo : (8)					Localidad de Pago. : (9)					Sucursal de Pago : (10)									
Domicilio : (11)										C.P. :									
Calle					No. Exterior e Interior					Colonia									
Ciudad o Población																			
Importe Total del Pago Unico (Sólo para el D.F.) (12)		CONCEPTOS DE PAGOS UNICOS () PROTESIS. () ORTESIS () INDEMNIZACION DE 5 ANUALIDADES DE PENSION. () LIQUIDACION DE 6 MESES DE PENSION MUERTE DEL PENSIONISTA POR CAUSAS AJENAS AL RIESGO DE TRABAJO. () DIFERENCIAS POR CAMBIO DE CUOTA Y TIPO DE BENEFICIO. () REEXPEDICION DE CHEQUES CANCELADOS POR TERMINO DE VIGENCIA LEGAL. () LIQUIDADACION POR TERMINO DE PENSION POR NUPCIAS (VIUDEZ). () DIFERENCIAS POR CAMBIO DE CUOTA Y PORCENTAJE . () DIFERENCIAS POR CAMBIO DE CUOTA. () POR REINCORPORACIÓN A LA NOMINA DE RIESGOS DE TRABAJO				DEDUCCIONES (14) Concepto		Importe		%		F T D ANO MES DIA							
Observaciones : (15)						Pensión Compartida con : (16)							%						
Elaboró :Jefe del Departamento de Pensiones y Seguridad e Higiene en el Trabajo															Autorizó : Subdelegado de Prestaciones				
(17)															(18)				
Nombre y Firma															Nombre y Firma				
(19)																			

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4223

Instructivo de formato: Modificación de Datos en Nómina	Clave del formato: SSHT-04
---	-------------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	NÚMERO DE NÓMINA	Número compuesto de dos dígitos que corresponden al mes de proceso.
2	DELEGACIÓN	El nombre de la Delegación Estatal o Metropolitana en donde se realiza el trámite.
3	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	Apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona titular de la pensión.
4	NÚMERO DE PENSIONISTA	Número compuesto de seis dígitos, asignado en la Concesión del Beneficio. Cuando se trate de una duplicidad de pensión, anotar el número que se desea dar de baja.
5	NOMBRE DEL CAUSANTE	Apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona que generó el derecho a la pensión (trabajador que sufrió el riesgo).- Sólo en el caso de las pensiones clave 400.
6	TIPO DE PENSIÓN	La clave que identifica la pensión otorgada al beneficiario.
7	R.F.C.	El Registro Federal de Contribuyentes que corresponda al trabajador o extrabajador que generó el derecho a la pensión, de acuerdo con las reglas establecidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
8	RAMO	La clave de la Dependencia u Organismo en la que causó baja definitiva el trabajador que generó el derecho a la pensión, la cual se compone de cinco dígitos. (Verificar en el Catálogo de Ramos).
9	LOCALIDAD DE PAGO	La clave, integrada por seis dígitos que corresponda a la Delegación Estatal o Metropolitana, donde actualmente se radica el pago mensual, de acuerdo con el Catálogo de Localidades y Sucursales. En los casos de cambio de localidad o radicación se anotará la clave de la nueva localidad, de acuerdo al Catálogo de Localidades y Sucursales actualizado.

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4224

Instructivo de formato: Modificación de Datos en Nómina	Clave del formato: SSHT-04
---	-------------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
10	SUCURSAL DE PAGO	La clave del lugar donde se ubica la Sucursal del Banco, oficina de correos o corresponsalía de pago; donde se realiza el cobro de la pensión, de acuerdo con el Catálogo de Localidades y Sucursales. En los casos de cambio de sucursal o radicación deberán anotar la clave de la nueva Sucursal, de acuerdo con el Catálogo de Localidades y Sucursales actualizado.
11	DOMICILIO	Calle, número interior y exterior, colonia, ciudad o población y código postal (en caso del D.F. anotar Delegación Política) del beneficiario o causante. En cambios de radicación, los datos correspondientes al nuevo domicilio.
12	IMPORTE TOTAL DEL PAGO UNICO	El importe total del pago único.
13	CONCEPTOS DE PAGOS UNICO	Marcar con una cruz el campo correspondiente al concepto que origina el pago único (sólo en el caso de las Subdelegaciones del D.F.).
14	DEDUCCIONES	Los conceptos que identifican los tipos de descuento que se realizarán al beneficiario de la pensión, de acuerdo con la Tabla anexa con el No. 12. En el campo de importe, éste deberá ser mensual; en caso de que el descuento sea un porcentaje se anotará este y la Fecha de Término del Descuento (año, mes y día).
15	OBSERVACIONES	Deberá anotarse el tipo de movimiento que se solicita, pudiendo ser: <ul style="list-style-type: none">– Aplicación de descuentos (desglosado)– Baja por cambio de beneficiario– Baja por cambio de tipo de pensión más RT-99– Baja por fallecimiento– Baja por no cobrar durante tres meses consecutivos– Baja por no pasar revista de supervivencia– Cambio de beneficiario, más RT-99– Cambio de cuota y porcentaje, más RT-99

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4225

Instructivo de formato: Modificación de Datos en Nómina

Clave del formato:
SSHT-04

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
16	PENSIÓN COMPARTIDA CON:	<ul style="list-style-type: none">– Cambio de radicación de pago– Cambio de tipo de pensión más RT-99– Corrección de apellido– Corrección de cuota, más RT-99– Corrección de nombre(s)– Corrección de R.F.C.– Corrección de ramo– En los casos de pagos únicos de Prótesis u Órtesis, indicar el número de factura y su importe o, en su caso, el nombre de la empresa que corresponda al presupuesto autorizado.– En los casos de pagos únicos por cheques cancelados, indicar los meses a que correspondan los cheques y su importe. <p>NOTA: En los casos de corrección o cambio deberán anotar el dato anterior y el actual, indicando: Dice: ... Debe decir: ...</p>
17	ELABORÓ	Indicar nombre, número de pensionista, entidad y porcentaje que tenga asignado, sólo en el caso de que la pensión sea compartida (orfandad y alimenticia).
18	AUTORIZÓ	Nombre y firma del Jefe del Departamento de Pensiones y Seguridad e Higiene en el Trabajo.
19	FECHA DE ELABORACIÓN	Nombre y firma del Subdelegado de Prestaciones del ISSSTE que corresponda.
		El día, mes y año de elaboración del formato.

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



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4226

j. Tabla de Conversión de los Conceptos de Percepciones

TABLA DE CONVERSION DE LOS CONCEPTOS DE PERCEPCIONES

DENOMINACION	CLAVE ANTERIOR	CLAVE NUEVA
PENSION	15	01
BONO DE DESPENSA	19	02
PREVISION SOCIAL MULTIPLE	25	03
AGUINALDO	18	04
PENSION RETROACTIVA	14	05
REEXPEDICION DE PAGOS DE PENSION	-0-	06
DEVOLUCION DE DESCUENTOS INDEBIDOS	20	07
PENSION ALIMENTICIA	21	08
PENSION ALIMENTICIA RETROACTIVA	22	09
REINTEGRO DE DESCUENTO INDEBIDO DE PENSION		
ALIMENTICIA	36	10
INDEMNIZACION GLOBAL	16	11
* INDEMNIZACION DE PENSION POR CINCO ANUALIDADES	-0-	20
* INDEMNIZACION DE PENSION POR SEIS MESES	-0-	21
* PROTESIS	-0-	22
* ORTESIS	-0-	23
* INDEMNIZACION POR NUPCIAS	23	24
<ul style="list-style-type: none">• CONCEPTOS QUE NO SERAN INCLUIDOS EN EL REVERSO DEL COMPROBANTE DE PAGO DE PENSION.		

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4227

TABLA DE CONVERSION DE LOS CONCEPTOS DE DEDUCCIONES

DENOMINACION	CLAVE ANTERIOR	CLAVE NUEVA
* SERVICIO MEDICO A CARGO DEL ISSSTE	44	50
PENSION ALIMENTICIA	62	51
PENSION ALIMENTICIA RETROACTIVA	63	52
COBRO INDEBIDO DE PENSION ALIMENTICIA	-0-	53
COBRO INDEBIDO DE PENSION	32	54
CUOTAS NO APORTADAS AL ISSSTE POR LICENCIAS	31	55
RECUPERACION POR INDEMNIZACION GLOBAL	33	56
PRESTAMO A CORTO O MEDIANO PLAZO	03	57
RENTA MULTIFAMILIARES ISSSTE	10	58
CREDITO HIPOTECARIO FOVISSSTE	11	59
PRESTAMO HIPOTECARIO ISSSTE	06	60
FONDO DE GARANTIA PARA PRESTAMO HIPOTECARIO	07	61
PRESTAMO HIPOTECARIO AVALADO ISSSTE	08	62
SEGURO DE DAÑOS PRESTAMO HIPOTECARIO AVALADO ISSSTE	09	63
SEGURO COLECTIVO DE VIDA (SECTOR CENTRAL)	51	64
SEGURO COLECTIVO DE VIDA (SECTOR PARAESTATAL)	57	65
SEGURO COLECTIVO CAPITALIZABLE	58	66
SEGURO COLECTIVO DE VIDA DEL D.D.F.	52	67
SEGURO MUTUALISTA DEL MAESTRO (SEP)	53	68
SEGURO DE VIDA PARA EL PERSONAL DOCENTE UNAM	54	69
SEGURO DE VIDA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO UNAM	55	70
* CONCEPTO QUE NO SERA INCLUIDO EN EL REVERSO DEL COMPROBANTE DE PAGO DE PENSION.		



**22. TRÁMITE PARA LA TRANSMISIÓN DE
PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL
PENSIONISTA COMO CONSECUENCIA
DIRECTA DE LA CAUSA QUE ORIGINÓ LA
INCAPACIDAD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4228

TABLA DE CONVERSION DE LOS CONCEPTOS DE DEDUCCIONES

DENOMINACION	CLAVE ANTERIOR	CLAVE NUEVA
RECUPERACION DE SUELDOS Y SALARIOS COBRADOS INDEBIDAMENTE EN EL ISSSTE	-0-	71
SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL	-0-	72
* * SERVICIO MEDICO A CARGO DEL PENSIONISTA	04	73
SEGURO DE VIDA JEFE DE DEPARTAMENTO O EQUIVALENTE	80	80
* SEGURO DE VIDA SUBDIRECTOR DE AREA O EQUIVALENTE	81	81
* SEGURO DE VIDA DIRECTOR DE AREA O EQUIVALENTE	82	82
* SEGURO DE VIDA SECRETARIO PARTICULAR DE SUBSECRE TARIO O EQUIVALENTE	83	83
* SEGURO DE VIDA ASESOR DE SECRETARIO DE ESTADO O EQUIVALENTE	84	84
* SEGURO DE VIDA DIRECTOR GENERAL O EQUIVALENTE	85	85
* SEGURO DE VIDA COORDINADOR DE ASESORES DE COORDINADOR GENERAL, DE SECRETARIO DE ESTADO O EQUIVALENTE	86	86
* SEGURO DE VIDA OFICIAL MAYOR DE SECRETARIA DE ESTADO O EQUIVALENTE	87	87
* SEGURO DE VIDA SUBSECRETARIO DE ESTADO O EQUIVALENTE	88	88
* SEGURO DE VIDA SECRETARIO DE ESTADO O EQUIVALENTE	89	89
* * DESCUENTO DE SERVICIO MEDICO APLICABLE A LOS PENSIONADOS VIGENTES EN FECHA ANTERIOR AL 1° DE AGOSTO DE 1992.		
* CONCEPTOS QUE NO SERAN INCLUIDOS EN EL REVERSO DEL COMPROBANTE DE PAGO DE PENSION.		