

**Manual de Procedimientos de
Delegaciones del Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales de los Trabajadores del
Estado
Tipo “B”
Tomo 4 Parte 7
(Subdelegación de Prestaciones. Procedimiento 21 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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4106

**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES
POR FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR A
CONSECUENCIA DE UN RIESGO DE TRABAJO**



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4107

1. OBJETIVO

OTORGAR LA PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR COMO CONSECUENCIA DE UN RIESGO DE TRABAJO.

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, CAPÍTULO IV SOBRE EL “SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO”.
2. EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA DE UN RIESGO DEL TRABAJO SE EFECTUARÁ MEDIANTE LA CONFIRMACIÓN DE LA RELACIÓN CAUSA - EFECTO ENTRE EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD SUFRIDO POR EL TRABAJADOR Y EL AGENTE DE RIESGO PRESENTE EN EL MEDIO LABORAL, O LA CONDICIÓN MOTIVADA POR EL TRABAJO DESEMPEÑADO.
DICHA RELACIÓN DEBERÁ ESTABLECERSE POR CAUSAS DIRECTAS Y NUNCA INDIRECTAS, ASOCIADAS O RELACIONADAS, RESPETANDO LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN EL TÍTULO NOVENO DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO.
3. SE OTORGARÁ A LA ESPOSA(O) SUPÉRSTITE, CONCUBINA, CONCUBINARIO, HIJOS O ASCENDENCIA DEL TRABAJADOR (ARTÍCULO 42 FRACCIÓN I DE LA LEY DEL ISSSTE), EN EL ORDEN QUE SE ESTABLECE (ARTÍCULO 75 DE LA MISMA LEY), UNA PENSIÓN EQUIVALENTE AL CIENTO POR CIENTO DEL SUELDO BÁSICO QUE PERCIBÍA EL TRABAJADOR AL OCURRIR EL FALLECIMIENTO.
4. LA ASIGNACIÓN DE LA PENSIÓN SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 77, 78 Y 79 DE LA LEY DEL ISSSTE SOBRE EL DERECHO O CAUSAS DE LA PÉRDIDA DEL DERECHO A LA PENSIÓN.
5. EL DICTAMEN DE FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA DE UN RIESGO DE TRABAJO, SE EFECTUARÁ EN EL FORMATO RT-09, CORRESPONDIENDO AL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO REQUISITAR SU ANVERSO Y REVERSO.



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4108

6. LOS REQUISITOS QUE DEBERÁN PRESENTAR LOS BENEFICIARIOS DEL TRABAJADOR FALLECIDO PARA SOLICITAR 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 PARA LA CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO

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

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

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

A) CENTRO DE TRABAJO

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

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.



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4109

**REQUISITOS PARA LA CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO
(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
- 1. AVERIGUACIÓN PREVIA
- 2. EXÁMENES QUÍMICO-TOXICOLÓGICOS
- 3. PARTE DE LA POLICÍA FEDERAL PREVENTIVA (SECTOR CAMINOS)
- 4. PARTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL
- 5. PARTE DE AMBULANCIA

7. PARA EL CÁLCULO DE LA CUOTA DIARIA PENSIONARIA, SE CONSIDERARÁ EL SUELDO BÁSICO (SUELDO PRESUPUESTAL, SOBRESUELDO Y COMPENSACIÓN, EN SU CASO) QUE PERCIBÍA EL TRABAJADOR AL OCURRIR EL RIESGO, ACTUALIZADO A LA FECHA DE SU FALLECIMIENTO, SIN EXCEDER EL IMPORTE DE DIEZ SALARIOS MÍNIMOS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 15 DE LA LEY DEL ISSSTE.

8. EL PAGO DE LA PENSIÓN POR FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA DE UN RIESGO DE TRABAJO, SE CUBRIRÁ A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE OCURRA SU DECESO.

9. LOS BENEFICIARIOS DEL TRABAJADOR 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.

10. SI LA PENSIÓN NO ES RECLAMADA DENTRO DE LOS CINCO AÑOS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HUBIERE SIDO EXIGIBLE, PRESCRIBIRÁ A FAVOR DEL INSTITUTO, EL QUE APERCIBIRÁ A LOS ACREEDORES DE REFERENCIA, MEDIANTE NOTIFICACIÓN PERSONAL, SOBRE LA FECHA DE LA PRESCRIPCIÓN, CUANDO MENOS CON SEIS MESES DE ANTICIPACIÓN, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 186 DE LA LEY DEL ISSSTE.



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4110

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 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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4111

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



21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA DE UN RIESGO DE TRABAJO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	
					4112

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
11		Elabora formato "Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo" RT-13, "Cédula de Incorporación a Nómina" RT-10 y envía al Subdelegado de Prestaciones.
12	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Recibe formatos RT-13 y RT-10, firma y envía al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene de la Subdelegación de Prestaciones.
13	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES (DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE)	Recibe formatos RT-13 y RT-10, procesa el alta en nómina de la pensión (Conforme al "Manual de Asignación de Derechos") para obtener los siguientes productos en sistema: <ul style="list-style-type: none"> – "Concesión de Pensión" RT-11, – "Liquidación de Pago Previa Incorporación a Nómina" RT-12, – Credencial de pensionista.
14		Incorpora formatos RT-13, RT-10, RT-11, RT-12 y credencial en expediente, archiva temporalmente.
15		Notifica a beneficiario para que se presente con un documento-comprobante.
16	BENEFICIARIO	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	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES (DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE)	Recibe documento-comprobante, localiza expediente del trabajador 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
--	--	--------



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4113

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.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4114

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
26	BENEFICIARIO	<p>Recibe formato RT-11 y cheque, acusa de recibo en formato "Liquidación de Pago Previa Incorporación a Nómina" RT-12.</p> <p>Termina el procedimiento.</p>

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

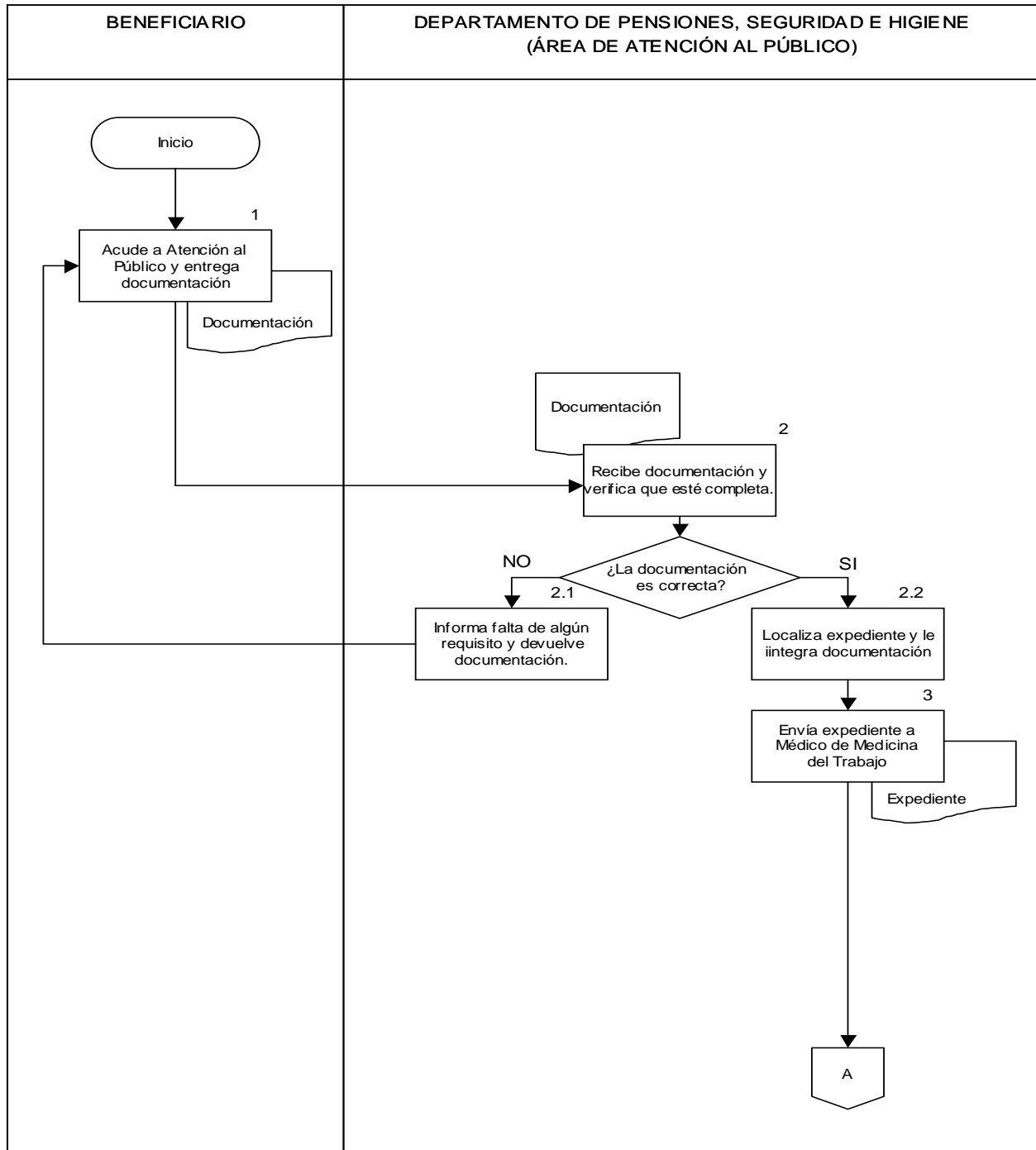
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4115

4. DIAGRAMA DE FLUJO



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

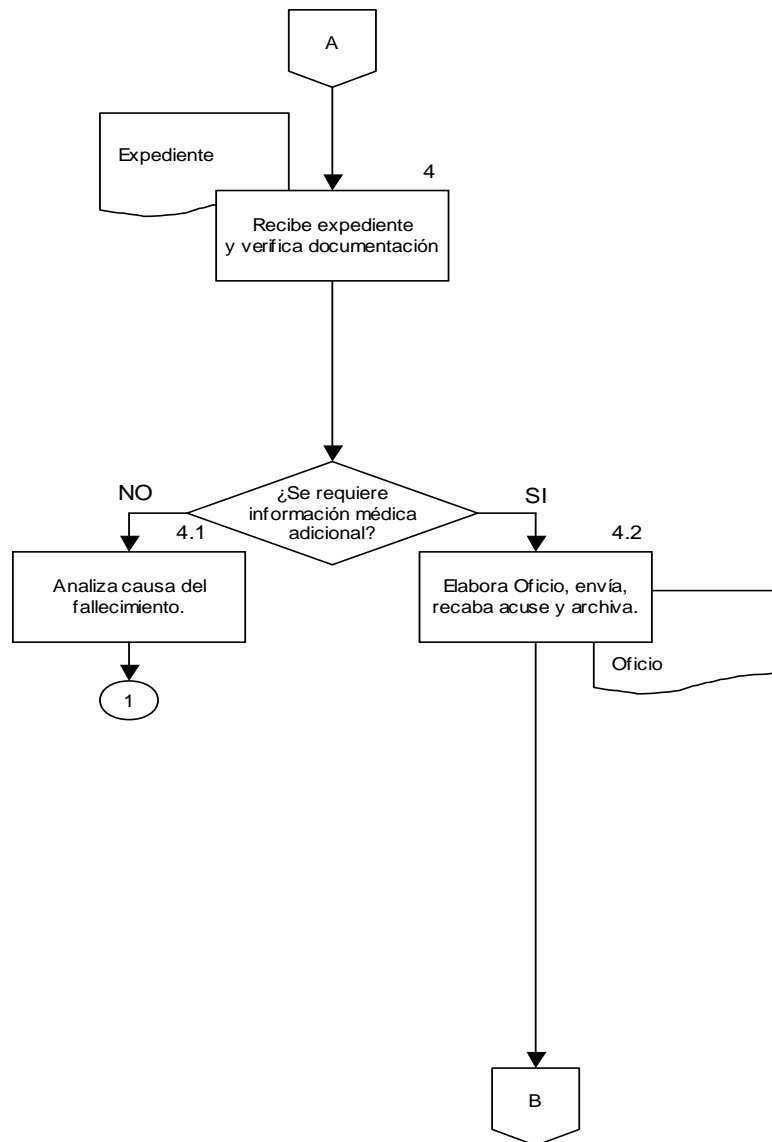
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4116

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





**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

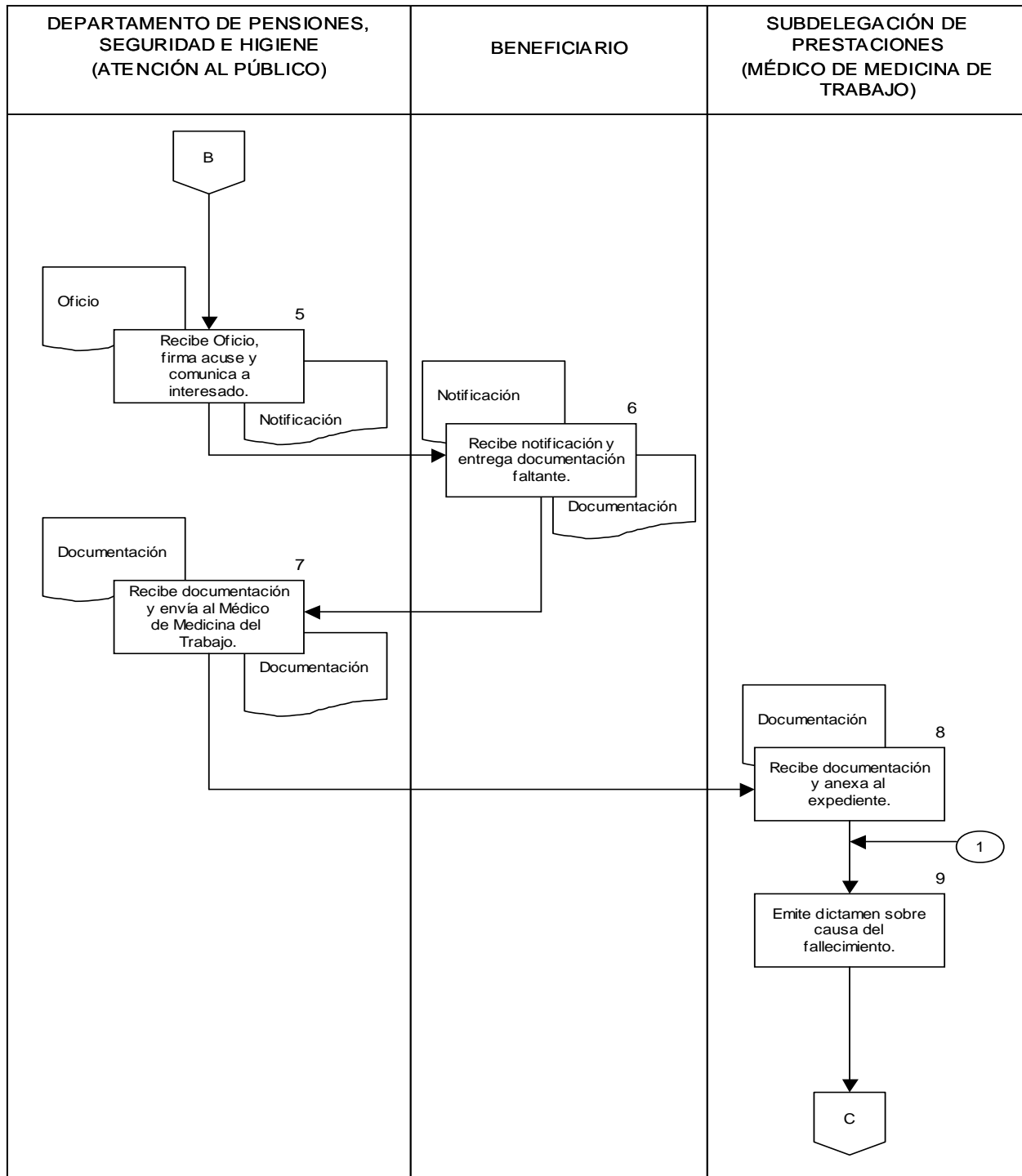
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4117



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

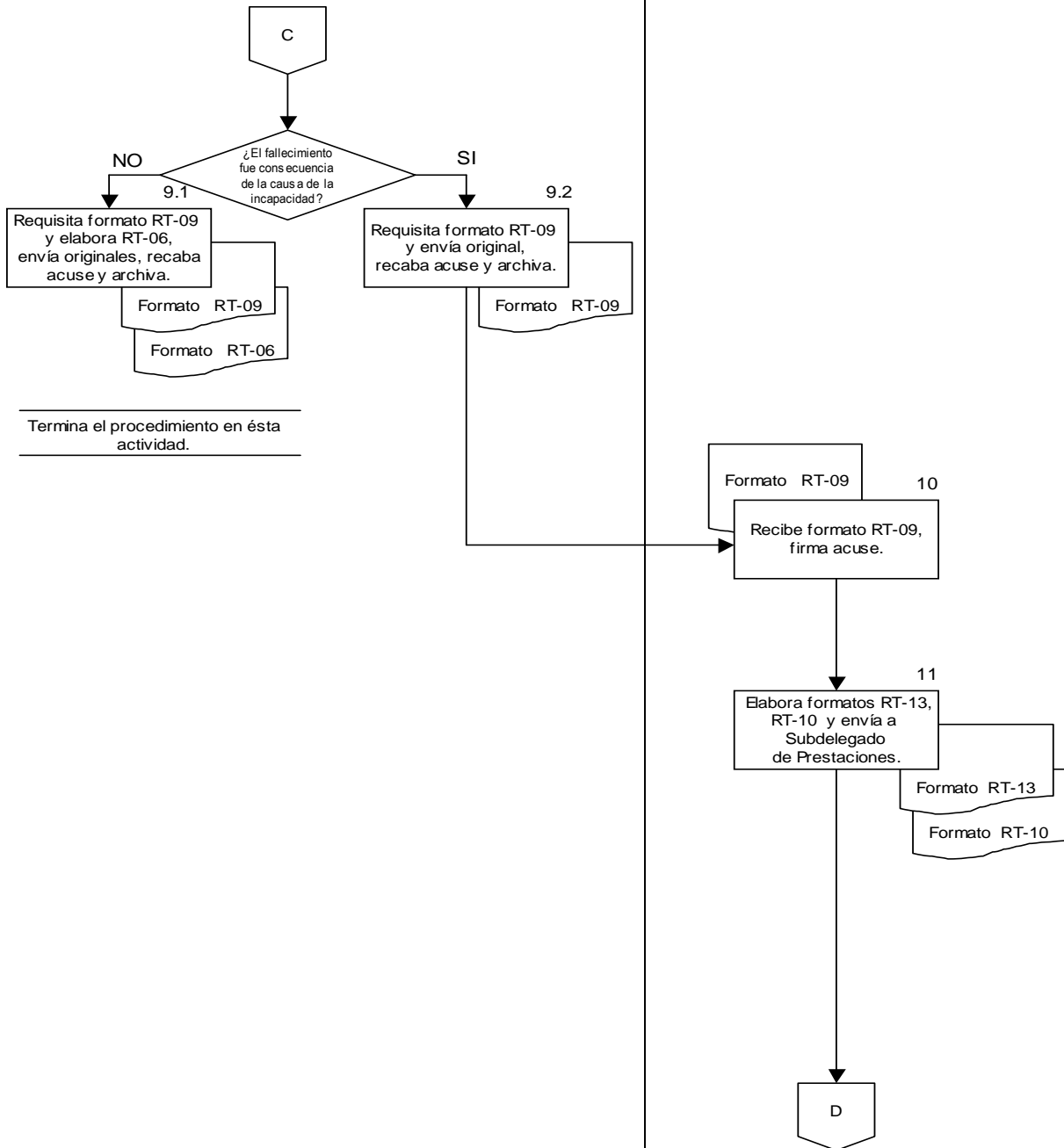
No. de Página

4118

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO

**DEPARTAMENTO DE PENSIONES,
SEGURIDAD E HIGIENE**



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

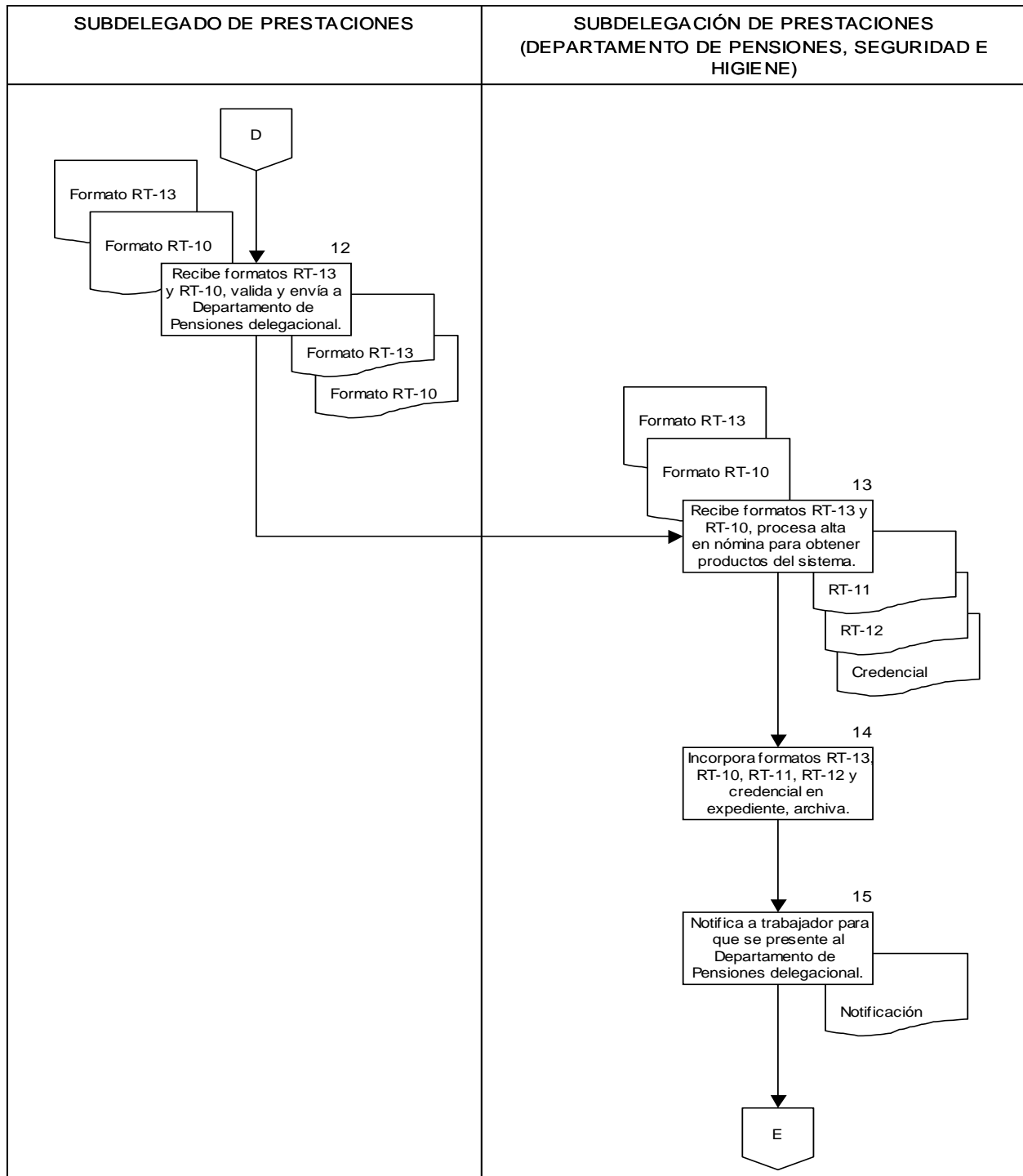
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4119



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

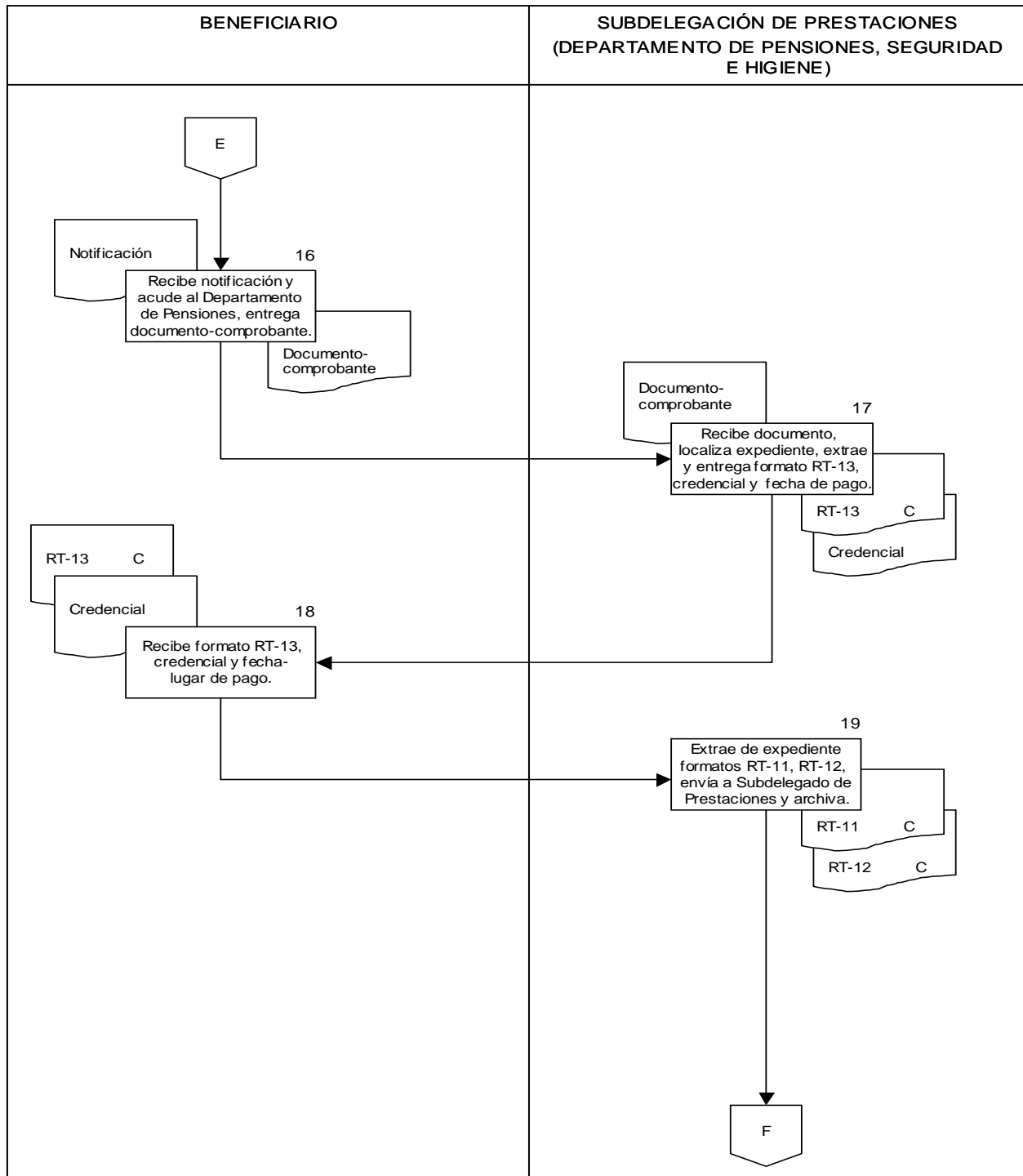
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4120



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

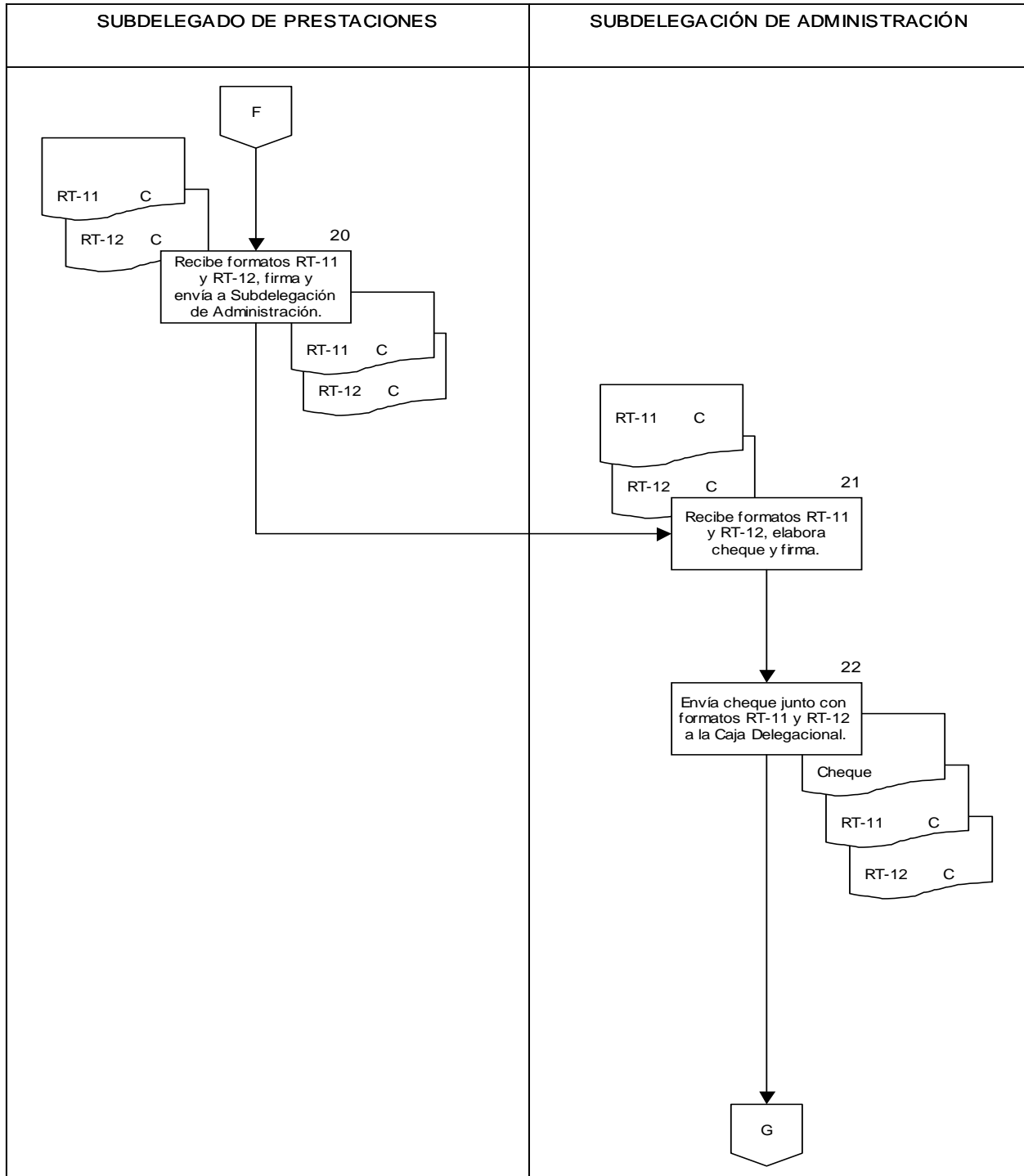
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4121





**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

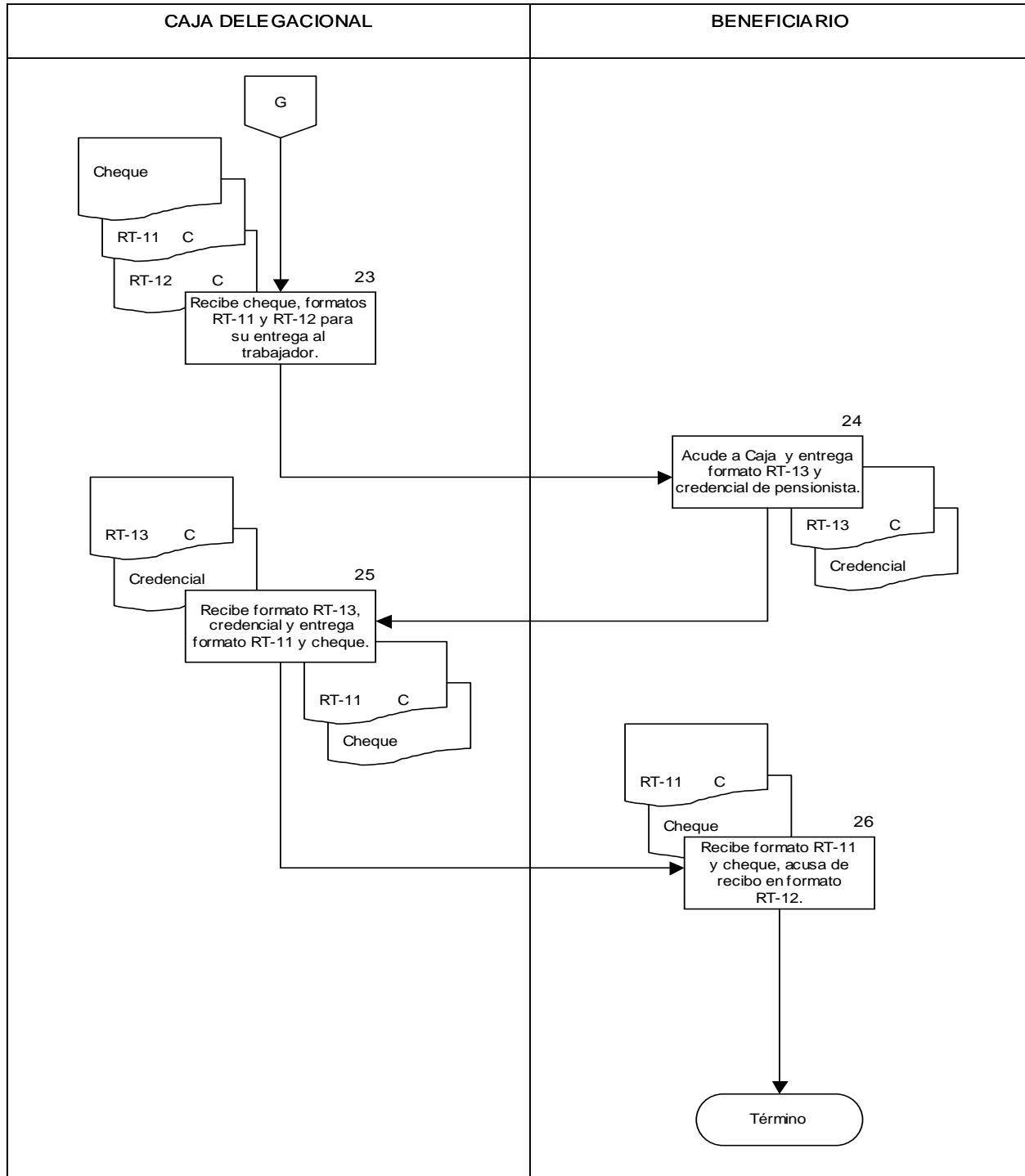
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4122





**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4123

5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

6. REFERENCIAS

1. Guía para la Administración de Archivos de Riesgos del Trabajo y Subsidios por Enfermedades no Profesionales.
2. Manual de Asignación de Derechos.

**7. TÉRMINOS Y
DEFINICIONES**

8. ANEXOS

- a. Requisitos para el Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo (RT03A, RT-03B ó RT-03C)
"Solicitar instructivo RT-03 al área normativa vigente".
- b. Dictamen de Improcedencia (RT-06)
- c. Certificado Médico de Invalidez por Enfermedad o Accidente Ajeno al Trabajo o de Incapacidad Permanente o Defunción por Riesgo del Trabajo (RT-09)
"Solicitar instructivo RT-09 al área normativa vigente".
- d. Cédula de Incorporación a Nómina (RT-10)
- 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)

9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4124

8. ANEXOS



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4125

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



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

FORMATO RT-03A

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN : _____

TRABAJADOR: _____

RFC									

TELÉFONO									

DÍA		MES		AÑO	
FECHA DE SOLICITUD (RTO1)					

NOMBRE DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO.					
--	--	--	--	--	--

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

I.

1	SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)	
2	CERTIFICACIÓN DE SUELDOS	
3	HORARIO DE LABORES	
4	TALÓN DE PAGO RECIENTE	
DOCUMENTACIÓN 1, 2 Y 3 DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.		

II.

5	CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)	
	- FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE - LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIA MÉDICAS OTORGADAS	
6	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS, DE EXISTIR.	
7	COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS	
LA DOCUMENTACIÓN 5, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.		

III.

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

IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR

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

ANVERSO

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4126



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

FORMATO RT-03A

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL (LA) C. _____
PARA QUE ENTREGUE LO SOLICITADO EN EL PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES, QUEDANDO APERCIBIDO QUE A FALTA
DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERÁ SUBSANAR LA OMISIÓN
EN UN TÉRMINO NO MAYOR A LOS 10 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE LE
NOTIFIQUE LA PREVENCIÓN, DE LO CONTRARIO EL ISSSTE LLEVARÁ A CABO EL ANÁLISIS INTEGRAL DEL CASO
CON LOS DOCUMENTOS QUE TENGA A LA VISTA.

FIRMA DEL SOLICITANTE

LUGAR Y FECHA DE ENTREGA DE
ESTE FORMATO DE REQUERIMIENTOS

NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE
ENTREGA EL PRESENTE FORMATO

SELLO DE LA
SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES

CCP. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

REVERSO

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4127

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



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

FORMATO RT-03B

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN : _____

TRABAJADOR: _____

RFC									

TELÉFONO									

DÍA		MES		AÑO	
FECHA DE SOLICITUD (RTO1)					

NOMBRE DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO.					
--	--	--	--	--	--

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

I.

1	SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)	
2	CERTIFICACIÓN DE SUELDOS	
3	HORARIO DE LABORES	
4	TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA	
5	CROQUIS Y TIEMPO DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO-ESTANCIA INFANTIL-CENTRO DE TRABAJO/CENTRO DE TRABAJO-ESTANCIA INFANTIL-DOMICILIO)	
6	TALÓN DE PAGO RECIENTE	
LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 3 Y 4, DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.		

II.

7	CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02) - FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE - LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS	
8	COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS	
9	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS - FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE.	
LA DOCUMENTACIÓN 5, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.		

III.

10	AVERIGUACIÓN PREVIA	
11	REPORTE DE ASEGURADORA DE AUTOMOVIL, EN SU CASO.	
12	PARTE DE AMBULANCIA	
LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO III, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA Y SELLO DE LA AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO, EN SU CASO.		

ANVERSO

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4128



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

FORMATO RT-03B

IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR

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

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

1	CREDENCIAL VIGENTE DEL INFANTE	
2	FECHA DE IDENTIFICACIÓN DEL INFANTE	
3	CONSTANCIA DE HORARIO DEL INFANTE	
4	EN CASO DE ENFERMEDAD, CONSTANCIA DE SUSPENSIÓN DEL INFANTE.	
5	EN CASO DE ENFERMEDAD, CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL JEFE INMEDIATO DEL TRABAJADOR AUTORIZANDO LA SUSPENSIÓN DE LA JORNADA LABORAL	
LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO V, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD RESPONSABLE Y SELLO DE LA ESTANCIA DE BIENESTAR INFANTIL DE QUE SE TRATE, ENTREGÁNDOSE DE IGUAL FORMA TODOS LOS DOCUMENTOS QUE SEAN NECESARIOS DESCRITOS EN LOS APARTADOS ANTERIORES.		

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL (LA) C. _____
PARA QUE ENTREGUE LO SOLICITADO EN EL PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES, QUEDANDO APERCIBIDO QUE A FALTA DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERÁ SUBSANAR LA OMISIÓN EN UN TÉRMINO NO MAYOR A LOS 10 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE LE NOTIFIQUE LA PREVENCIÓN, DE LO CONTRARIO EL ISSSTE LLEVARÁ A CABO EL ANÁLISIS INTEGRAL DEL CASO CON LOS DOCUMENTOS QUE TENGA A LA VISTA.

FIRMA DEL SOLICITANTE

LUGAR Y FECHA DE ENTREGA DE ESTE
FORMATO DE REQUERIMIENTOS

NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE
ENTREGA EL PRESENTE FORMATO

SELLO DE LA
SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES

CCP. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

REVERSO

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4129

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



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

FORMATO RT-03C

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN : _____

TRABAJADOR: _____

RFC									

TELÉFONO									

DÍA	MES	AÑO
FECHA DE SOLICITUD (RTO1)		

NOMBRE DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO.		
--	--	--

REQUISITOS

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

I.

1	SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)	
2	CERTIFICACIÓN DE SUELDOS	
3	HORARIO DE LABORES	
4	OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN	
5	CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO	
6	CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN	
7	CROQUIS Y TIEMPO DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO/CENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)	
8	TALÓN DE PAGO RECIENTE	

LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 3 Y 4, DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.

II.

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

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

ANVERSO

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4130



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

FORMATO RT-03B

III.

12	AVERIGUACIÓN PREVIA	
13	EXÁMENES QUÍMICO-TOXICOLÓGICOS	
14	PARTE DE LA POLICIA FEDERAL PREVENTIVA (SECTOR CAMINOS)	
15	PARTE DE ASEGURADORA DE AUTOMOVIL	
16	PARTE DE AMBULANCIA	
LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA Y SELLO DE LA AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO, EN SU CASO.		

IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR

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

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL (LA) C. _____
PARA QUE ENTREGUE LO SOLICITADO EN EL PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES, QUEDANDO APERCIBIDO QUE A FALTA DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERÁ SUBSANAR LA OMISIÓN EN UN TÉRMINO NO MAYOR A LOS 10 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE LE NOTIFIQUE LA PREVENCIÓN, DE LO CONTRARIO EL ISSSTE LLEVARÁ A CABO EL ANÁLISIS INTEGRAL DEL CASO CON LOS DOCUMENTOS QUE TENGA A LA VISTA.

FIRMA DEL SOLICITANTE

LUGAR Y FECHA DE ENTREGA DE ESTE
FORMATO DE REQUERIMIENTOS

NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE
ENTREGA EL PRESENTE FORMATO

SELLO DE LA
SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES

CCP. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

REVERSO

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4131

b. 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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4132

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 generó 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
---	--	--------



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4133

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 separaran 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 informo 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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4134

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 este 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
---	--	--------



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4135

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 Secretaria 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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4136

- c. 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 ASSEURADORA 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 CONTRAVIENDA ESTA DISPOSICION SERA SANCIONADO DE ACUERDO CON LO PREVISTO EN LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PUBLICOS



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4137

PARA USO EXCLUSIVO DEL MEDICO RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO

4. INFORMACION LABORAL DEL TRABAJADOR REVERSO

4.1. OCUPACION ACTUAL Y TIEMPO DE EJERCERLA _____

4.2. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES _____

5. DICTAMEN MEDICO

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

AJENO AL TRABAJO ☐ ENFERMEDAD ☐ CON MOTIVO O EN EJERCICIO DE SU TRABAJO ☐

DE TRABAJO ☐ ACCIDENTE ☐ EN TRAYECTO ☐

5.4 FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O PROBABLE INICIO DE LA ENFERMEDAD: _____

5.5 EL C. _____

6. TIPO DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD

6.1 ESTE PADECIMIENTO PROVOCO AL TRABAJADOR:

INVALIDEZ ☐ INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE ☐ AUSENCIA DE SECUELAS VALUABLES ☐

MUERTE ☐ INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE ☐ CAMBIO DE ACTIVIDAD ☐

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

NUMERAL	PORCENTAJE	DESCRIPCION
TRAMITE GRATUITO	TRAMITE GRATUITO	TRAMITE GRATUITO

6.3 INCAPACIDAD PERMANENTE NUMERO LETRA FECHA DE INICIO

SUMA DE PORCENTAJES _____

7. DEFUNCION

CAUSAS: _____

FECHA _____

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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4138

ANEXO RT-09 TRAMITE GRATUITO

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

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

FOLIO No. _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL MEDICO TRATANTE
LLENARSE A MAQUINA

1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE

2. DIAGNOSTICO MEDICO

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

3. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y ELABORACION

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

ORIGINAL: EXPEDIENTE DE PRESTACIONES ECONOMICAS

NUMERO DE FOJAS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE _____

ANVERSO

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

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

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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4139

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

ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI PRESENTA ESCADUBIAS O EMENDADURAS.

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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4141

FORMATO ESTADISTICO SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DEL TRABAJO

DATOS DEL TRABAJADOR

1) PUESTO (38.1) 2) ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO ^(38.2)
A A -- M M 3) TURNO (38.3)

DATOS DE LA DEPENDENCIA

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

5) NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO (38.5)

DATOS DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD

6) TIPO DE TRAMITE ^(38.6) 7) FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD (38.7)
A A -- M M -- D D D S

8) HORA DEL ACCIDENTE : ^(38.8) 9) TIPO DE RIESGO ^(38.9) 10) TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD ^(38.10)

11) AGENTE DE RIESGO ^(38.11) 12) CONDICION O ACTO INSEGURO ^(38.12) 13) TIPO DE LESIONES ^(38.13)

14) PARTE DEL CUERPO AFECTADA ^(38.14) 15) DIAS DE INCAPACIDAD ^(38.15) 16) APARATO DE PROTESIS U ORTESIS ^(38.16)

17) IMPORTE \$ ^(38.17) 18) PAGO CINCO ANUALIDADES ^(38.18)



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4142

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

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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

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

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4143

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

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

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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

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

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4144

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

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

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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4145

Instructivo de formato: Cédula de Incorporación a Nómina

Clave del formato:
RT-10

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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4146

Instructivo de formato: Cédula de Incorporación a Nómina

Clave del formato:
RT-10

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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

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

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4147

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

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

33	CIFRAS DE CONTROL	<p>En los deudos menores de 18 años, se anotará la edad máxima en que podrán disfrutar de la pensión.</p> <p>NOTA.- Se anotará el año con 2 dígitos y el mes con 2. Ejemplo: Nacimiento = 85-01 Vencimiento = 03-01</p> <p>En deudos mayores de 18 años, se anotará un año posterior a la fecha que se anote en el campo de la fecha de inicio de la pensión. De contar con más de 24 años, se ajustará el vencimiento a la fecha en que cumplan 25 años de edad. Ejemplo: Fecha de Inicio de Pensión = 87-01 Vencimiento = 88-01</p>
34	DOMICILIO	<p>La suma de las claves y códigos numéricos que se localizan en el formato.</p> <p>En caso de pensión por incapacidad parcial o total permanente, el domicilio del (a) trabajador(a) o extrabajador (a).</p> <ul style="list-style-type: none">- Calle- Número Exterior- Número Interior- Colonia- Código Postal- Población o Ciudad- Estado <p>Pensión por viudez por muerte del (a) trabajador(a), el domicilio del (a) viudo(a).</p> <p>En pensión por orfandad, el domicilio del beneficiario de la pensión.</p> <p>Pensión por ascendencia, el domicilio del ascendiente beneficiario de la pensión.</p>

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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

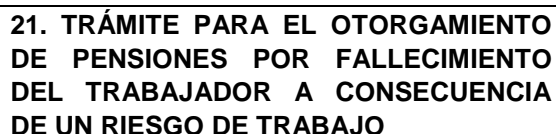
**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4148

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

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

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



SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Versión:

Día	Mes	Año
21	12	2007

4149

RT-10

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4150

Instructivo de formato: Cédula de Incorporación a Nómina

Clave del formato:
RT-10

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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4151

Instructivo de formato: Cédula de Incorporación a Nómina

Clave del formato:
RT-10

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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4152

CLAVES DE LAS PENSIONES POR RIESGOS DEL TRABAJO

DIRECTAS

CLAVE

INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE	104
INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	105

POR MUERTE DEL TRABAJADOR

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

POR MUERTE DEL PENSIONISTA

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

POR DESAPARICIÓN DEL PENSIONISTA

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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4153

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:
BENEFICIARIO

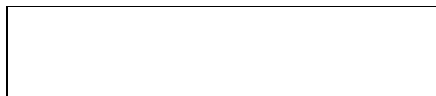
FECHA DE TERMINO
DE LA PENSION

LA PENSION INICIA CON LOS SIGUIENTES PERIODOS Y CUOTAS DIARIAS:

PERIODO		CUOTA	PERIODO		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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4154

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

PERCEPCIONES

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

TOTAL

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

TOTAL

TOTAL DE PERCEPCIONES
TOTAL DE DEDUCCIONES
IMPORTE NETO

FECHA DE RECEPCION

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO

RT12

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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4155

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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4156

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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4157

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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4158

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. 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
---	--	--------



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4159

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 presento 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
--	--	--------



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4160

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

Clave del formato:
RT-13

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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE

TIPO B



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4161

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



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4162

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).	
22	A PARTIR DEL DÍA	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.
23	MES	El número del día en que inicia el pago de la pensión. Se utilizarán dos dígitos del 01 al 31, ejemplo: <u>22</u> .
24	DEL AÑO DE	El nombre del mes en que inicia el pago de la pensión. No deberán utilizarse números, ejemplo: <u>enero</u> .
		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
--	--	--------



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4163

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 cuerdo.
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
---	--	--------



**21. TRÁMITE PARA EL OTORGAMIENTO
DE PENSIONES POR FALLECIMIENTO
DEL TRABAJADOR A CONSECUENCIA
DE UN RIESGO DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4164

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