

**Manual de Procedimientos de  
Delegaciones del Instituto de Seguridad y  
Servicios Sociales de los Trabajadores del  
Estado  
Tipo “B”  
Tomo 4 Parte 9  
(Subdelegación de Prestaciones. Procedimiento 23 y 24  
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*



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4229

**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE  
TRABAJO**



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4230

**1. OBJETIVO**

ATENDER LAS INCONFORMIDADES DE LOS TRABAJADORES O INTERESADOS, SURGIDAS EN RELACIÓN AL DICTAMEN DE IMPROCEDENCIA DEL RIESGO DEL TRABAJO PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES.

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

1. EL RECURSO DE INCONFORMIDAD PROCEDE ÚNICAMENTE EN CONTRA DE LA CALIFICACIÓN DEL RIESGO DEL TRABAJO; ES DECIR, CUANDO EL TRABAJADOR ESTÉ EN DESACUERDO CON LA DETERMINACIÓN DE LA "NO PROFESIONALIDAD" DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD.
2. NO PROCEDERÁ RECURSO ALGUNO, EN CONTRA DE LA RESOLUCIÓN DEL INSTITUTO CUANDO SE DECLARE:
  - a. AUSENCIA DE SECUELAS VALUABLES. CUANDO EL FACULTATIVO DE MEDICINA DEL TRABAJO DICTAMINE LA INEXISTENCIA DE SECUELAS QUE EVIDENCIE LA DISMINUCIÓN ÓRGANO-FUNCIONAL DEL RIESGO OCURRIDO AL TRABAJADOR.
  - b. VALUACIÓN DE SECUELAS. CUANDO SE DICTAMINE POR PRIMERA VEZ EL GRADO DE INCAPACIDAD PROVENIENTE DE UN RIESGO PROFESIONAL DE ACUERDO A LA TABLA DE VALUACIÓN DEL ARTÍCULO 514 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO.
  - c. REVALORACIÓN DE SECUELAS "INCREMENTO". CUANDO EL FACULTATIVO DE MEDICINA DEL TRABAJO DICTAMINE AL TRABAJADOR, TRANSCURRIDO EL TIEMPO ESTABLECIDO PARA ELLO (SEIS MESES), EL AUMENTO DE SECUELAS PRODUCTO DEL RIESGO Y EN CONSECUENCIA, EL INCREMENTO DEL PORCENTAJE DE LA INCAPACIDAD PARCIAL PREVIAMENTE OTORGADA.
  - d. REVALORACIÓN DE SECUELAS "DISMINUCIÓN". CUANDO EL FACULTATIVO DE MEDICINA DEL TRABAJO DICTAMINE AL TRABAJADOR, TRANSCURRIDO EL TIEMPO ESTABLECIDO PARA ELLO (SEIS MESES), EL DECREMENTO DE SECUELAS PRODUCTO DEL RIESGO Y EN CONSECUENCIA, LA DISMINUCIÓN DEL PORCENTAJE DE LA INCAPACIDAD PARCIAL PREVIAMENTE OTORGADA.
  - e. REVALORACIÓN DE SECUELAS "RATIFICACIÓN". CUANDO EL FACULTATIVO DE MEDICINA DEL TRABAJO DETERMINE QUE LA DISMINUCIÓN ÓRGANO-FUNCIONAL QUE PRESENTA EL TRABAJADOR, NO SE HA INCREMENTADO Y EN CONSECUENCIA, SE CONFIRME EL MISMO PORCENTAJE DE LA DISMINUCIÓN ÓRGANO-FUNCIONAL, QUE DIÓ ORIGEN A LA INCAPACIDAD PARCIAL PREVIAMENTE OTORGADA.



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4231

- f. DETERMINACIÓN DEL COMITÉ DE MEDICINA DEL TRABAJO. CUANDO ÉSTE ÓRGANO COLEGIADO RESUELVA LA IMPROCEDENCIA DEL OTORGAMIENTO DEL BENEFICIO PENSIONARIO POR INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE.

**DE LAS NOTIFICACIONES**

3. EN TODA NOTIFICACIÓN QUE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES HAGA AL TRABAJADOR SOBRE LA CALIFICACIÓN DE IMPROCEDENCIA DE RIESGO DEL TRABAJO, SE DEBERÁN CONSIDERAR DE MANERA PUNTUAL LOS SIGUIENTES REQUISITOS:
- a. LA NOTIFICACIÓN DE LA “NO PROFESIONALIDAD” DE RIESGO DEL TRABAJO, DEBERÁ HACERSE DENTRO DEL PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA RESOLUCIÓN DEL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO.
  - b. LA FALTA DE NOTIFICACIÓN OPORTUNA DE LA RESOLUCIÓN DE IMPROCEDENCIA, TRAERÁ COMO CONSECUENCIA LA APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 8 FRACCIÓN I EN CORRELACIÓN CON EL DIVERSO 13 DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS Y DEMÁS SANCIONES APLICABLES EN TÉRMINOS DE LAS LEYES CIVILES Y PENALES A QUE HAYA LUGAR.
  - c. LA NOTIFICACIÓN, SIN EXCEPCIÓN, SE DEBERÁ HACER EN FORMA PERSONAL Y EN SU CASO, POR CORREO CERTIFICADO AL TRABAJADOR O AL REPRESENTANTE LEGAL O FAMILIARES DEL DERECHOHABIENTE.
  - d. SE DEBERÁN FUNDAMENTAR Y MOTIVAR LAS CAUSAS QUE DIERON ORIGEN A LA NEGATIVA DE PROFESIONALIDAD DEL RIESGO (FORMATO RT-01) Y RESPECTO A LAS RESOLUCIONES DEL COMITÉ DE MEDICINA DEL TRABAJO, SE ASENTARÁ EN LA NOTIFICACIÓN RESPECTIVA, LA RAZÓN TEXTUAL CONSIGNADA EN EL OFICIO QUE EL PROPIO COMITÉ REMITA A LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES.

**DE LA PROCEDENCIA DEL RECURSO DE INCONFORMIDAD**

4. EN LA NOTIFICACIÓN DE IMPROCEDENCIA SE DARÁ A CONOCER AL TRABAJADOR SU DERECHO A INCONFORMARSE, MEDIANTE ESCRITO DIRIGIDO AL SUBDELEGADO DE PRESTACIONES CORRESPONDIENTE, EL CUAL DEBERÁ PRESENTAR DENTRO DEL PLAZO DE 30 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE RECIBA LA NOTIFICACIÓN DE IMPROCEDENCIA DE “PROFESIONALIDAD DE RIESGO”.



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4232

5. EN EL ESCRITO DE INCONFORMIDAD, EL TRABAJADOR PODRÁ ANEXAR SU DICTAMEN MÉDICO PARTICULAR.
6. DE NO ADJUNTAR A SU ESCRITO DE INCONFORMIDAD DICHO DICTAMEN MÉDICO, EL TRABAJADOR DEBERÁ, SIN EXCEPCIÓN, NOMBRAR EN EL ESCRITO AL MÉDICO PERITO PARTICULAR QUE CONOCERÁ DE SU ASUNTO. EN CASO DE QUE EL INCONFORME NO HAGA LA DESIGNACIÓN DENTRO DEL TIEMPO Y FORMA ESTABLECIDOS, EL INSTITUTO DECLARARÁ INSUBSISTENTE EL RECURSO PROMOVIDO.
7. EL TRABAJADOR TENDRÁ LA OBLIGACIÓN DE PRESENTAR EN UN PLAZO DE 30 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL NOMBRAMIENTO DE SU PERITO PARTICULAR, EL DICTAMEN CORRESPONDIENTE.
8. EL DICTAMEN DEL PERITO PARTICULAR SEÑALADO POR EL TRABAJADOR, DEBERÁ ESTABLECER CON TODA CLARIDAD Y PRECISIÓN EL PUNTO DE CONTROVERSIA CON LA RESOLUCIÓN DEL INSTITUTO Y SUSTENTAR MÉDICAMENTE LA RESOLUCIÓN QUE EMITA.
9. CUANDO LA INCONFORMIDAD VERSE SOBRE LA PROFESIONALIDAD DEL RIESGO, EL PERITO PARTICULAR DEBERÁ SER ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO, TÉCNICO EN LA MATERIA O ESTAR CERTIFICADO POR EL CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACIÓN DE MEDICINA DEL TRABAJO.

**DESIGNACIÓN DEL MÉDICO PERITO TERCERO EN DISCORDIA**

10. PARA DAR TRÁMITE AL RECURSO DE INCONFORMIDAD, MEDICINA DEL TRABAJO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES, DEBERÁ ENVIAR AL COMITÉ DE MEDICINA DEL TRABAJO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:
  - a. NOTIFICACIÓN HECHA AL TRABAJADOR DE LA RESOLUCIÓN CONTRA LA CUAL SE INCONFORMA, DONDE SE APRECIE FECHA, NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO O EN SU CASO, COPIA DEL ACUSE DE RECIBO DEL CORREO CERTIFICADO.
  - b. ESCRITO DE INCONFORMIDAD DEL TRABAJADOR, CON FECHA Y SELLO DE RECIBIDO POR LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES.
  - c. DICTAMEN MÉDICO PARTICULAR EN CONTROVERSIA CON LA RESOLUCIÓN INSTITUCIONAL.
  - d. DICTAMEN DE IMPROCEDENCIA (RT-01) CON EL RESPECTIVO SUSTENTO QUE DIO ORIGEN A LA NEGATIVA.



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4233

11. LA TERNA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS SERÁ SOLICITADA AL COMITÉ DE MEDICINA DEL TRABAJO, CON EL OBJETO DE QUE EL ÓRGANO COLEGIADO NOMBRE LA TERNA CORRESPONDIENTE EN EL ÁMBITO DE SU COMPETENCIA, TODA VEZ QUE ES EL RESPONSABLE DE LLEVAR EL REGISTRO DE MÉDICOS DE MEDICINA DEL TRABAJO Y DE LOS ESPECIALISTAS QUE PUEDAN INTERVENIR COMO TERCEROS EN LOS PROCEDIMIENTOS DE INCONFORMIDAD QUE CONTEMPLA LA LEY DEL ISSSTE. PARA TAL EFECTO, LA SOLICITUD DE TERNA DEBERÁ ACOMPAÑARSE DE TODA LA DOCUMENTACIÓN SOPORTE SEÑALADA EN EL PUNTO ANTERIOR.

12. EL COMITÉ DE MEDICINA DEL TRABAJO EN LA SESIÓN CORRESPONDIENTE O EL SECRETARIO EJECUTIVO POR SÍ, ANALIZARÁ LA SOLICITUD Y DE PROCEDER, DESIGNARÁ LA TERNA DE ESPECIALISTAS, GIRANDO EL OFICIO DE NOTIFICACIÓN RESPECTIVO A LA SUBDELEGACIÓN SOLICITANTE.

13. UNA VEZ QUE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES RECIBA EL OFICIO DE NOTIFICACIÓN DE LA TERNA DE MÉDICOS, PROCEDERÁ A NOTIFICARLA AL TRABAJADOR INCONFORME EN UN PLAZO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE RECIBIÓ EL OFICIO, PREVINIÉNDOLO QUE EN CASO DE NO ELEGIR A UNO DENTRO DEL PLAZO MÁXIMO DE 15 DÍAS HÁBILES, LA DESIGNACIÓN DEL PERITO LA HARÁ EL INSTITUTO A TRAVÉS DE LA DELEGACIÓN.

**DICTAMEN DEL MÉDICO PERITO TERCERO EN DISCORDIA**

14. UNA VEZ HECHA LA ELECCIÓN DEL PERITO TERCERO EN DISCORDIA, LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DENTRO DEL PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES, LE NOTIFICARÁ SOBRE SU DESIGNACIÓN Y LE ENVIARÁ EL EXPEDIENTE ÍNTEGRO DEL INCONFORME ADEMÁS DEL FORMATO DE DICTAMEN C.M.T. 01.

LOS PERITOS TERCEROS DEBERÁN REGIRSE POR LOS PARÁMETROS ESPECÍFICOS QUE CONTEMPLA EL REFERIDO FORMATO.

15. UNA VEZ EMITIDO EL DICTAMEN C.M.T. 01 DENTRO DEL PLAZO DE LOS 15 DÍAS HÁBILES QUE TIENE EL PERITO PARA RESOLVER LO RELATIVO A LA INCONFORMIDAD DE IMPROCEDENCIA DE PROFESIONALIDAD DE RIESGO, LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES DE ADSCRIPCIÓN DEL PERITO RESPONSABLE DE RESOLVER EL RECURSO INTERPUESTO, DEBERÁ ENVIAR EN EL TRANCURSO DE 10 DÍAS NATURALES EL EXPEDIENTE ÍNTEGRO A SU LUGAR DE ORIGEN, ENVIANDO COPIA DE DICHO DICTAMEN A LA JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO PARA EL REGISTRO DE LOS RESULTADOS.



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4234

16. EL RECURSO DE INCONFORMIDAD, COMO LO ESTABLECE LA LEY SE CONCEDERÁ AL TRABAJADOR INCONFORME POR UNA SOLA OCASIÓN, POR LO QUE SE DEJAN A SALVO SUS DERECHOS PARA QUE EN CASO DE CONSIDERARLO NECESARIO, LOS HAGA VALER ANTE LAS INSTANCIAS LEGALES COMPETENTES EN LA MATERIA.  
EN NINGÚN CASO EL ISSSTE SUFRAGARÁ AL INCONFORME GASTOS DE VIÁTICOS U OTRO CONCEPTO, PARA CONTINUAR O SUSTANCIAR SU RECURSO.





**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4235

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES (MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO)	Inicia el procedimiento  Entrega al trabajador la siguiente documentación y recaba acuse en copia: – Copia del formato “Solicitud de Calificación de Probable Riesgo de Trabajo” (RT-01) – Oficio de Notificación sobre la improcedencia de la calificación del riesgo de trabajo.
2	TRABAJADOR / INTERESADO	Recibe copia del formato RT-01 y Oficio de Notificación, en los que se le comunica las causas de la improcedencia del riesgo de trabajo y su derecho a inconformarse dentro del plazo de treinta días hábiles mediante escrito, firma acuse.
3		Acude con su médico perito particular y le solicita dictamen sobre el riesgo sufrido.
4	MÉDICO PERITO PARTICULAR	Emite dictamen y lo entrega al trabajador.
5	TRABAJADOR / INTERESADO	Recibe dictamen del médico perito particular y elabora Escrito de Inconformidad dirigido al Subdelegado de Prestaciones de la Delegación correspondiente.
6		Acude al Área de Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones correspondiente y entrega: – Escrito de Inconformidad. – Dictamen del Médico Perito Particular.  Cuando sólo presenta escrito de inconformidad, deberá nombrar al médico perito tercero que conocerá del asunto y presentará dictamen dentro de los 30 días hábiles siguientes.



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4236

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
7	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES (MEDICINA DEL TRABAJO)	Recibe documentación y revisa. ¿Es correcta?
7.1		NO. Cuando sólo presenta el Escrito de Inconformidad sin dictamen y sin nombramiento del Médico Perito Particular, se declarará insubsistente el recurso promovido. Termina el procedimiento en ésta actividad.
7.2		SI. Localiza expediente y envía junto con el Escrito de Inconformidad y el dictamen del Médico Perito Particular, al Jefe del Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene.
8	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	Recibe expediente, documentos adjuntos y elabora el Oficio de Solicitud de terna.
9		Envía al Comité de Medicina del Trabajo para solicitar terna de médicos en materia de Medicina del Trabajo la siguiente documentación: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oficio de Solicitud.</li> <li>– Copia del Oficio de Notificación hecha al trabajador sobre el improcedencia del riesgo de trabajo.</li> <li>– Formato “Solicitud de Calificación de Probable Riesgo de Trabajo” (RT-01).</li> <li>– Escrito de inconformidad del trabajador.</li> <li>– Dictamen del médico perito particular.</li> <li>– Expediente.</li> </ul>
10	COMITÉ DE MEDICINA DEL TRABAJO	Recibe documentación y firma acuse.
11		El Comité de Medicina del Trabajo en la sesión correspondiente o el Secretario Ejecutivo por sí, analizará la solicitud de terna y su procedencia. ¿Procede?

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



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4237

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
11.1	MEDICINA DEL TRABAJO	NO PROCEDE. Devuelve documentación al Subdelegado de Prestaciones o al Jefe de Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene. Regresa a actividad 8.
11.2		SI PROCEDE. Designa terna de médicos, comunica a Medicina del Trabajo, y devuelve el expediente a la Subdelegación de Prestaciones de origen.
12		Recibe Notificación y comunica al trabajador la terna de médicos en un plazo máximo de diez días hábiles, apercibiéndolo que de no elegir a uno dentro del plazo máximo de quince días hábiles el Instituto hará la designación.
13		Elige al médico perito tercero en discordia y notifica a Medicina del Trabajo.
14		Recibe notificación, comunica al médico perito tercero en discordia sobre su designación en el plazo de diez días hábiles y le envía: <ul style="list-style-type: none"><li>– Expediente íntegro del trabajador.</li><li>– Formato “Dictamen Pericial de Calificación de Riesgo del Trabajo (Terceria)” (C.M.T. 01).</li></ul>
15		Recibe expediente, formato C.M.T. 01 y analiza circunstancias en que ocurrió el riesgo o enfermedad para determinar si existe relación causa-efecto con las lesiones del trabajador.
16	MÉDICO PERITO TERCERO EN DISCORDIA	Emite dictamen en el formato C.M.T. 01 dentro del plazo de quince días hábiles y envía junto con el expediente del trabajador al Jefe del Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene, en el transcurso de diez días naturales.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	4238

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
17	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES (JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE)	Recibe dictamen y expediente íntegro del trabajador.
18		Envía: – Expediente íntegro del trabajador al Archivo. – Copia del dictamen en formato C.M.T. 01 a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
19	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE (ARCHIVO)	Recibe expediente y archiva.
20	JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO	Recibe copia del dictamen en formato C.M.T. 01, registra resultados y archiva.
21	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES (JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE)	Comunica resolución al trabajador.  ¿Reúne los requisitos para calificar técnicamente la “Profesionalidad” del riesgo que se reclama?
21.1		NO DE TRABAJO. Elabora Oficio de Notificación y envía al trabajador, a la Subdelegación Médica, Unidades Médicas que expidieron licencias médicas y Dependencia o Entidad, junto con la copia del formato C.M.T.01, donde se concluye la no profesionalidad del riesgo de trabajo, recaba acuse y archiva. Termina procedimiento en ésta actividad.
21.2		SI DE TRABAJO. Elabora Oficio de Notificación y envía al trabajador, a la Subdelegación Médica, Unidades Médicas que expidieron licencias médicas y Dependencia o Entidad, junto con la copia del formato C.M.T.01 para proceder en su momento a la valuación de secuelas, recaba acuse y archiva.

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



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4239

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
22	TRABAJADOR / INTERESADO	Recibe Oficio de Notificación y formato C.M.T.01, según el caso, firma acuse.  ¿Es un caso de SI DE TRABAJO o NO DE TRABAJO?
22.1		SI DE TRABAJO. Se continuará con la valuación de secuelas del riesgo. Se enlaza con el procedimiento de "Valuación de secuelas del riesgo".
22.2		NO DE TRABAJO. Termina el procedimiento.



## 23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

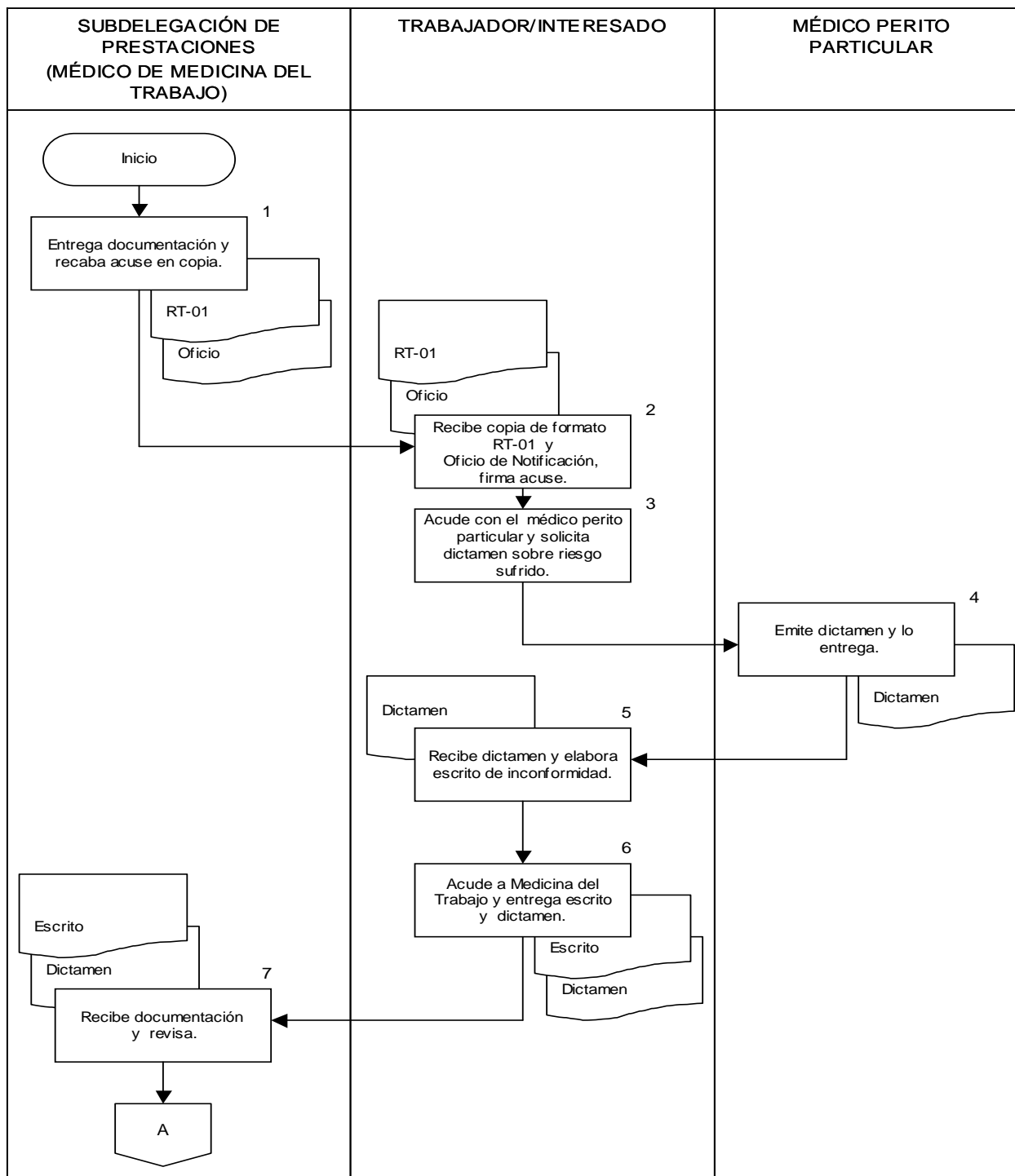
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4240

#### 4. DIAGRAMA DE FLUJO





### 23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

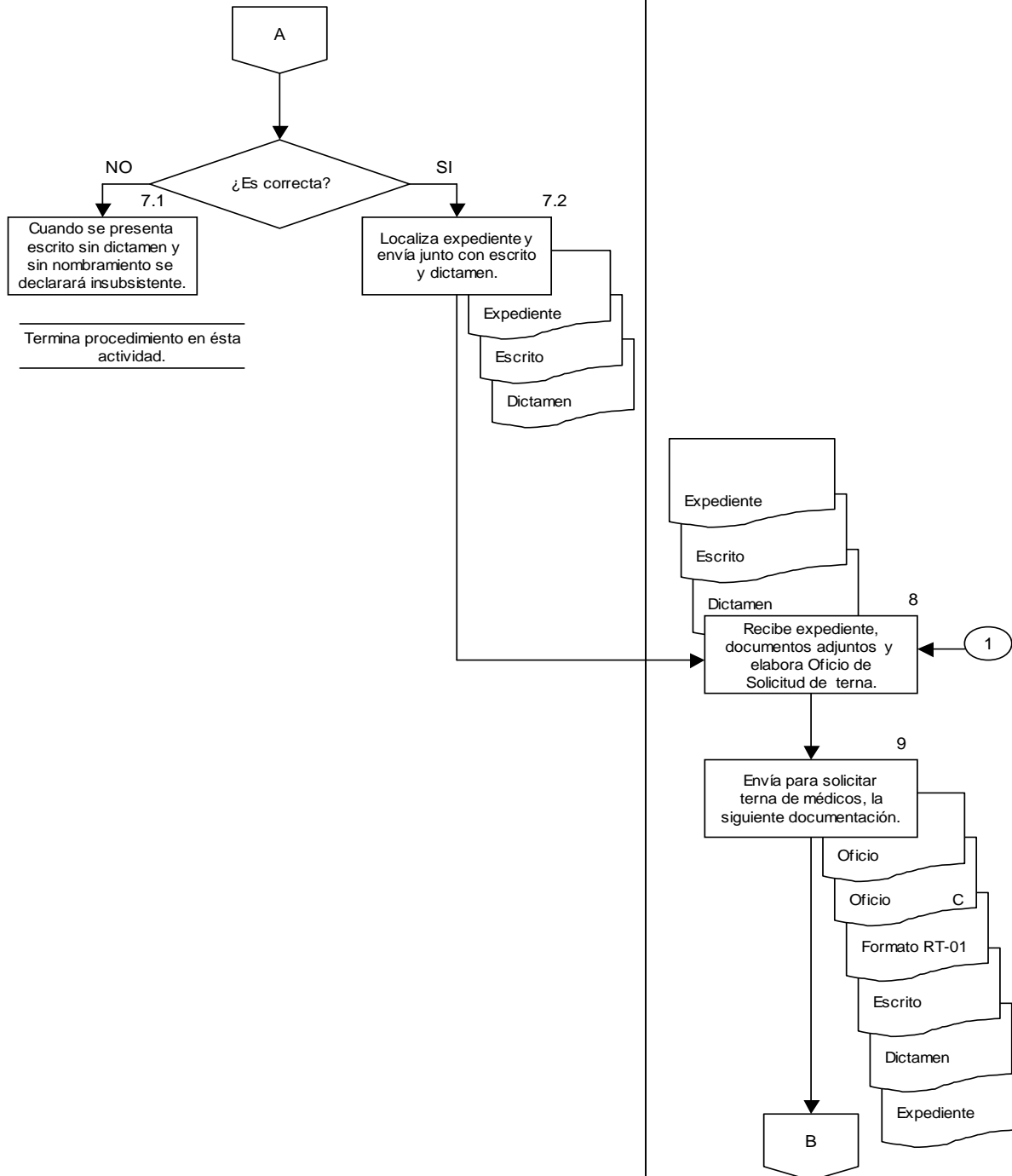
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4241

#### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES (MEDICINA DEL TRABAJO)

#### JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



### 23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

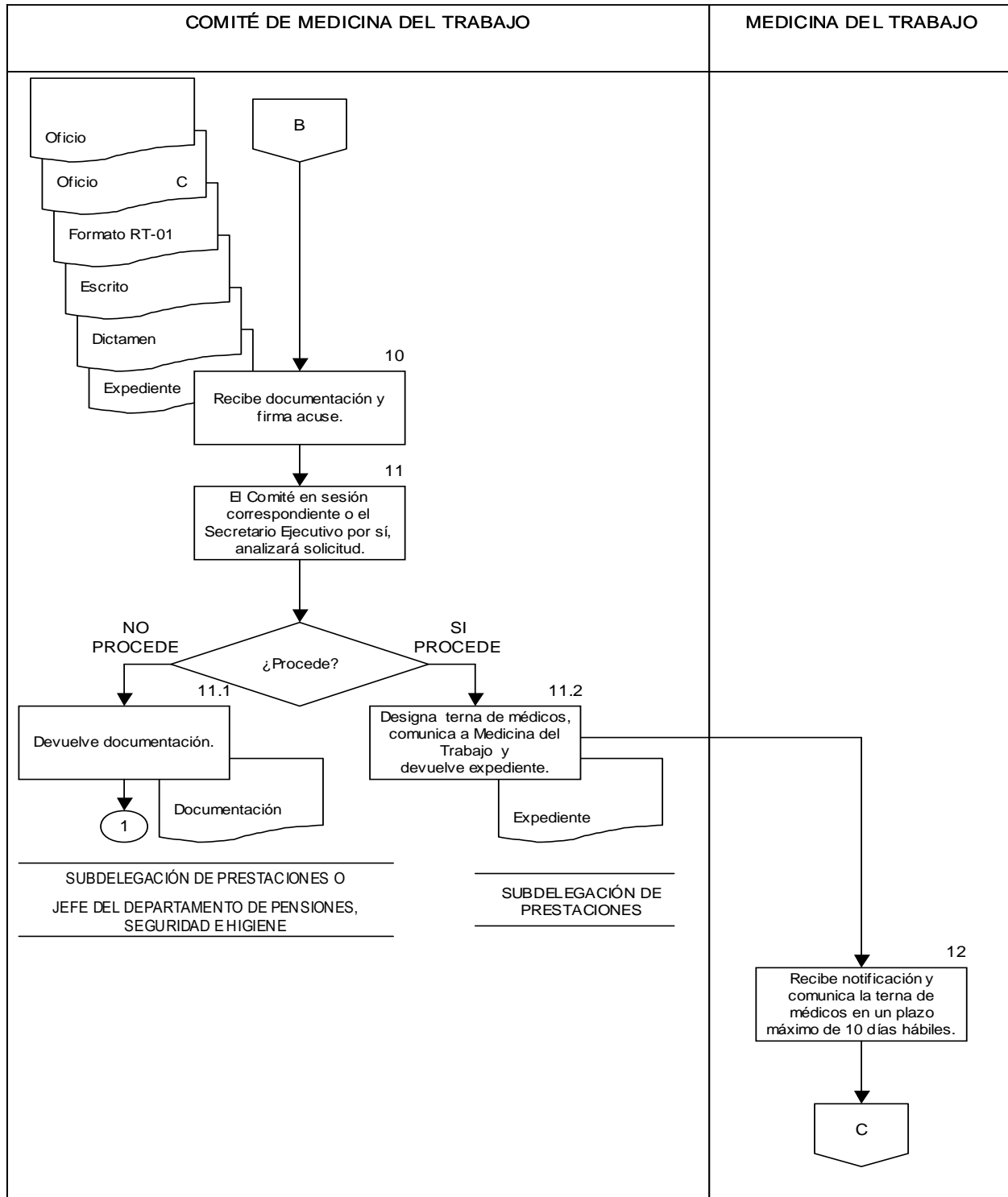
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4242



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





### 23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

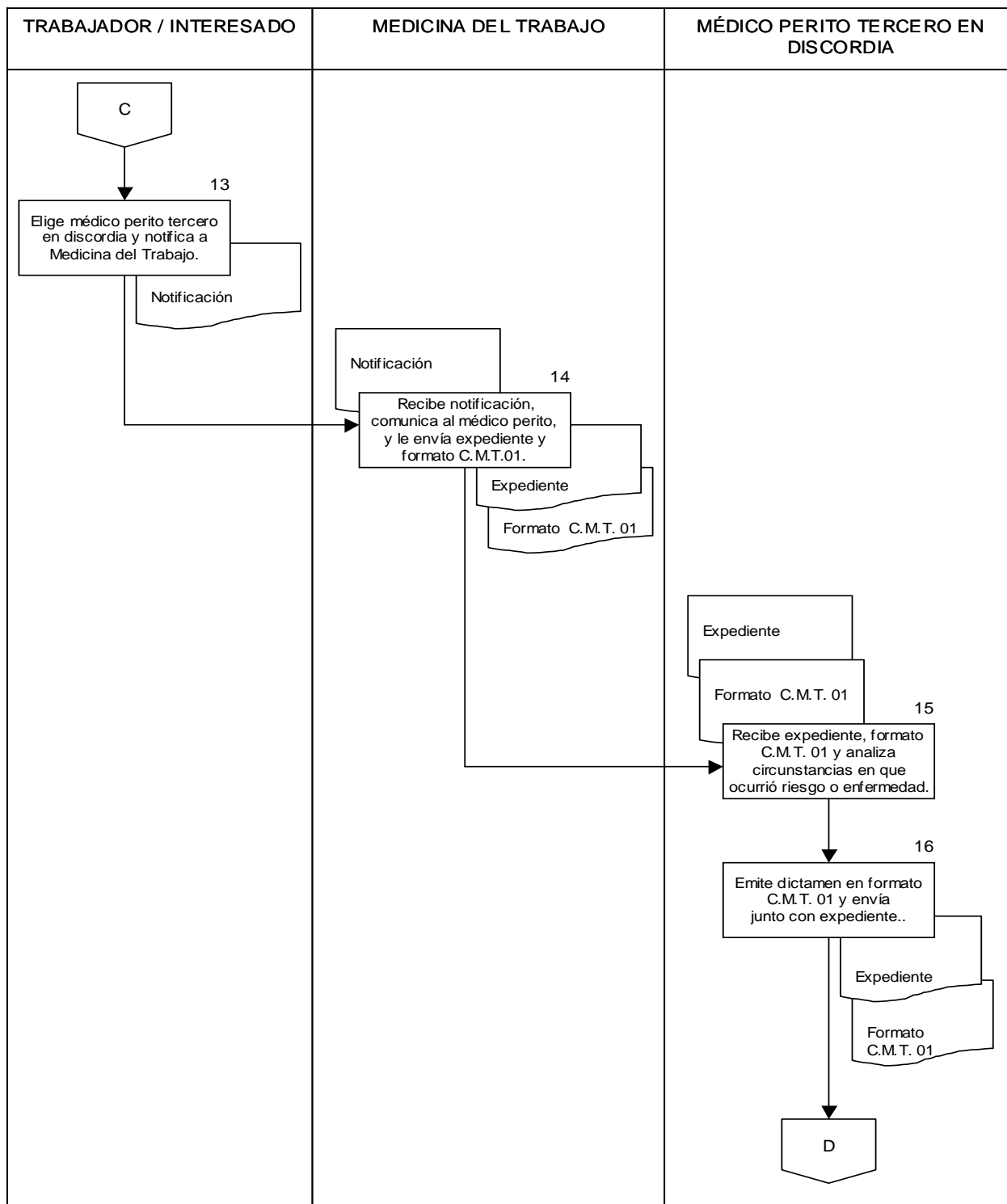
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4243





**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

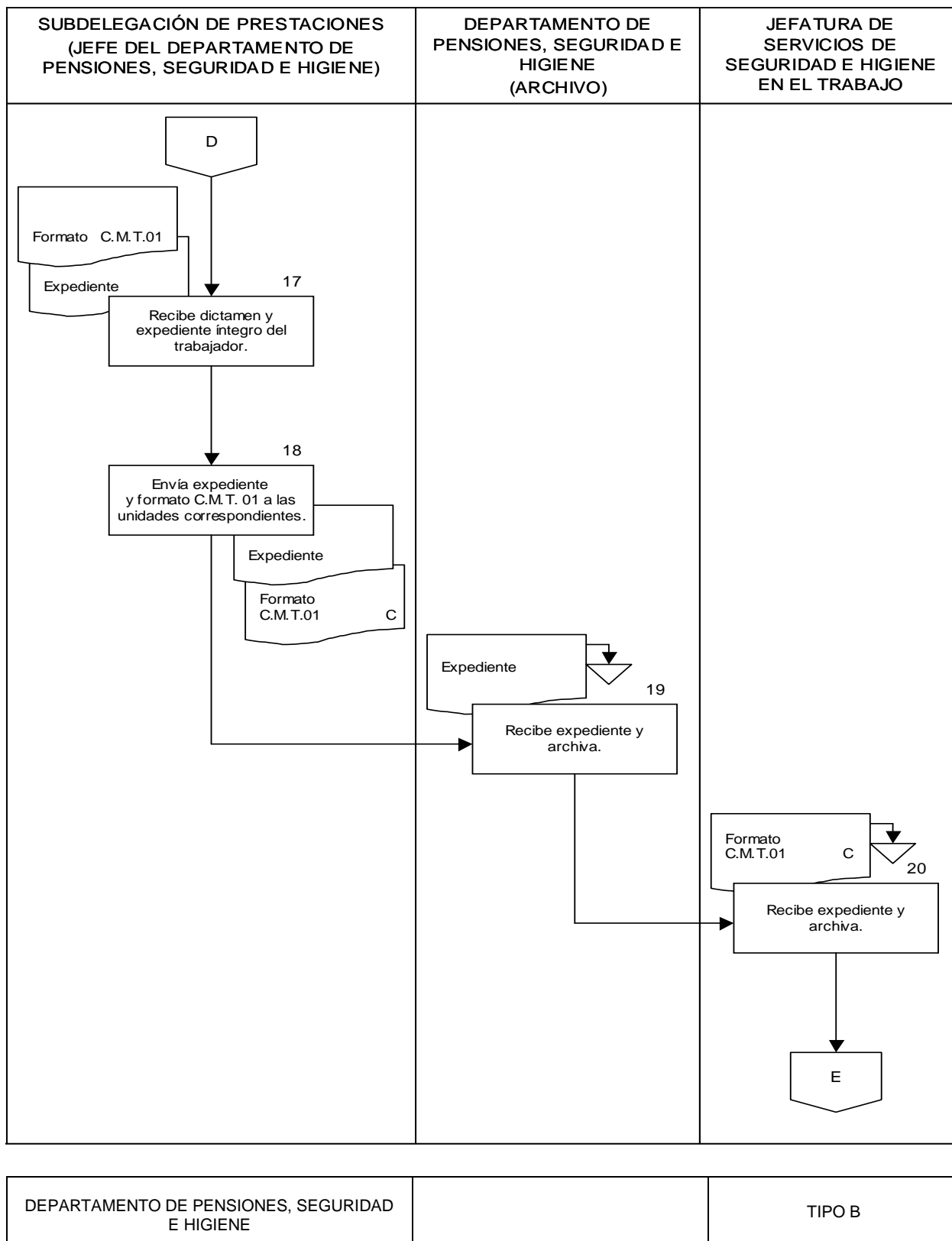
**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4244





**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

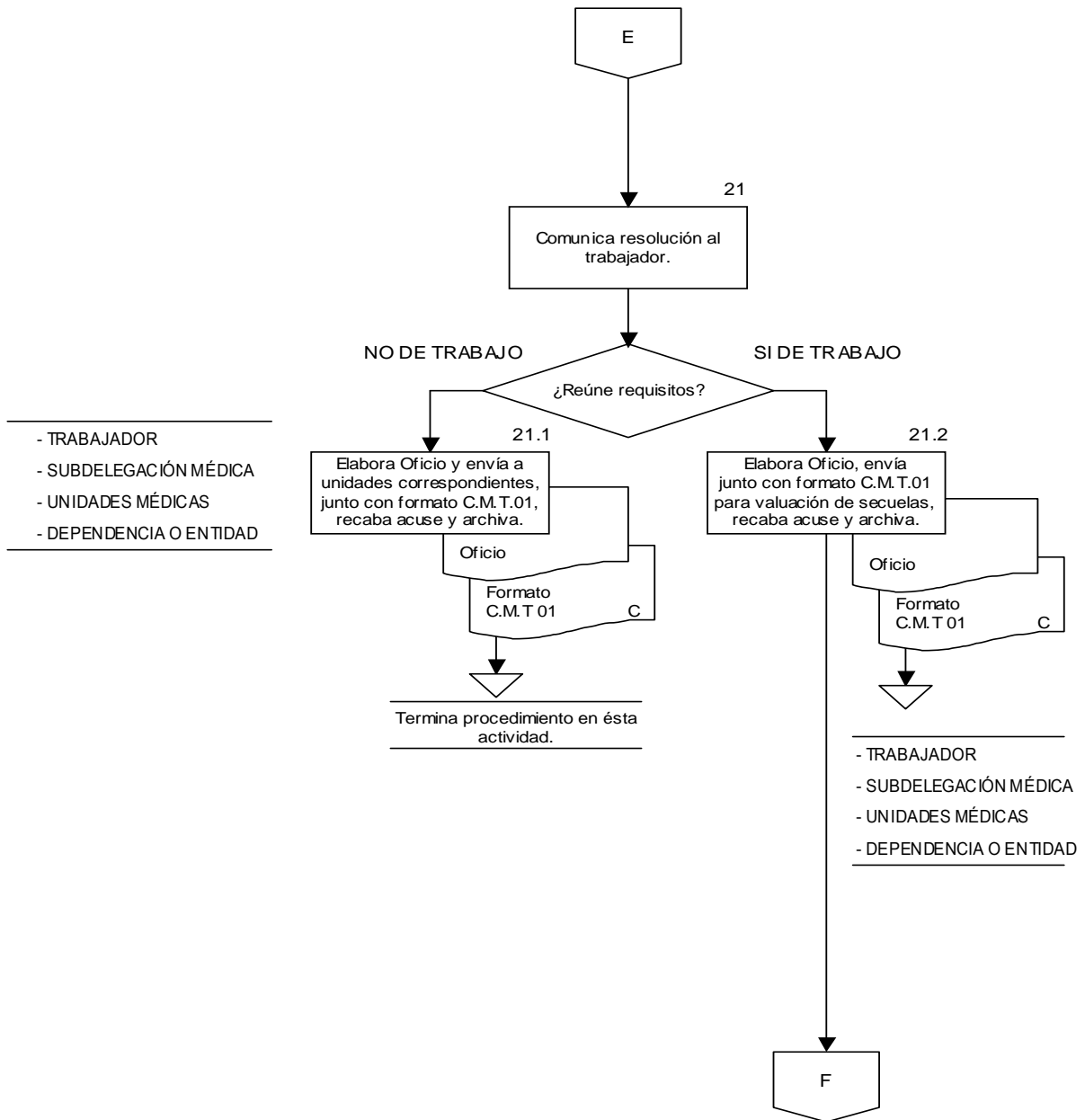
**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4245

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





**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

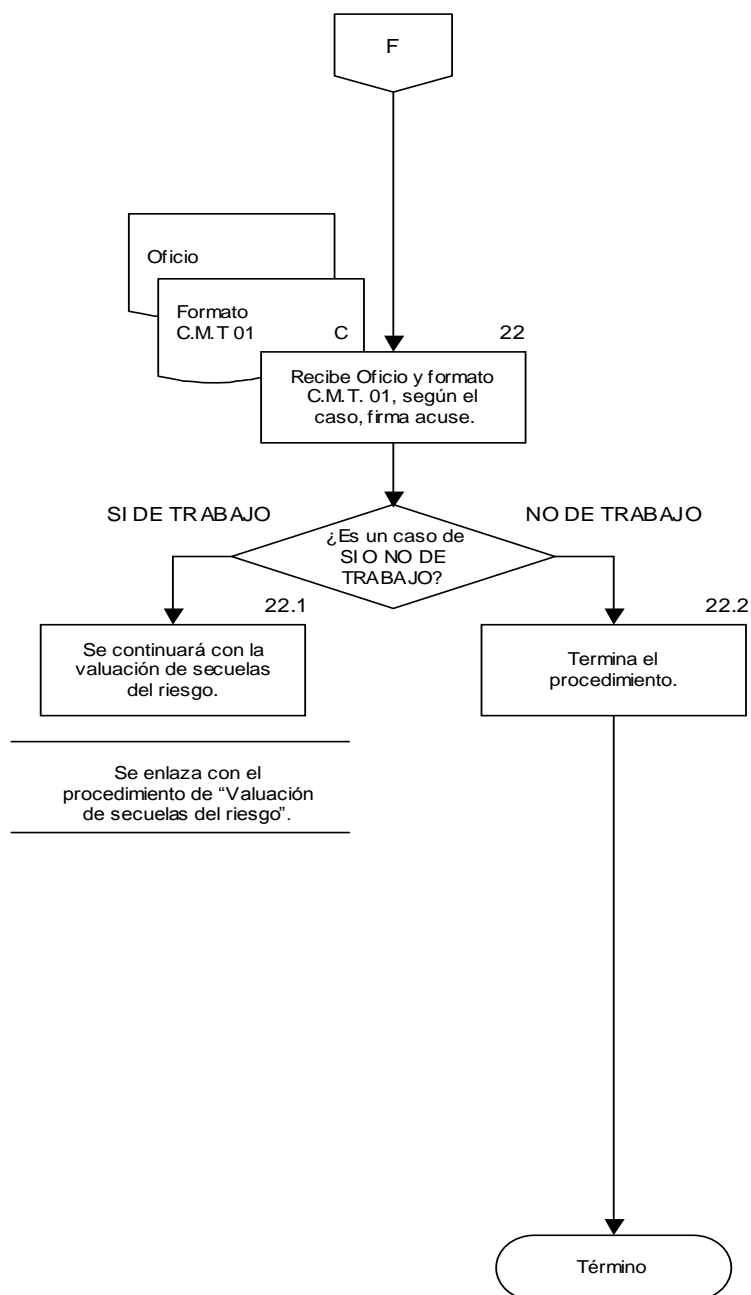
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4246

**TRABAJADOR / INTERESADO**





**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4247

**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.
7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ausencia de Secuelas: Inexistencia de lesiones físicas o mentales del trabajador a consecuencia del riesgo, o bien; que éstas no guardan relación causal con el accidente o enfermedad profesional.</li><li>- Revaloración: Revisión de la Incapacidad Parcial, Provisional o Permanente, con el fin de reclasificar la pensión del trabajador condicionado a su estado funcional.</li><li>- Valuación de secuelas: Dictaminación del grado de disminución órgano-funcional del trabajador conforme a la Tabla de Valuación del artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo.</li></ul>
8. ANEXOS	a. Solicitud de Calificación de Probable Riesgo de Trabajo (RT-01) b. Dictamen Pericial de Calificación de Riesgo del Trabajo - Tercera - (C.M.T. 01) <i>"Solicitar instructivos al área normativa vigente"</i>

**9. RESUMEN DE CAMBIOS**

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

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



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4248

## **8. ANEXOS**



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4249

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



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

**FORMATO RT-01**

FECHA		
DÍA	MES	AÑO

**1.- SOLICITUD DE CALIFICACIÓN**

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

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

**1.1 DATOS DEL TRABAJADOR:**

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

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

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

DELEGACIÓN O MUNICIPIO \_\_\_\_\_

ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_

RFC O CURP \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FAMILIAR REPRESENTANTE LEGAL  
AUTORIZADO POR EL TRABAJADOR EN SU CASO

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

PUESTO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
FECHA DE INGRESO _____	
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 DE LOS MISMOS.

**ATENTAMENTE**

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

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

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA \_\_\_\_\_

NÚMERO DE RAMO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

CENTRO DE ADSCRIPCIÓN \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

**SELLO DE LA  
DELEGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE**

**TIPO B**



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4250



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

**FORMATO RT-01**

**DICTAMEN DE CALIFICACIÓN:**

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

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

DÍA	MES	AÑO	HORA

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

**DIAGNÓSTICOS**

**CONCLUSIONES**

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

POR CONSIGUIENTE, EL RIESGO DE TRABAJO SE CALIFICA COMO

"SI DE TRABAJO"

"NO DE TRABAJO"

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

**LUGAR Y FECHA EN QUE SE ELABORÓ**

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

Vo. Bo. DEL DELEGADO EN CASO DE IMPROCEDENCIA

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

FIRMA DEL SUBDELEGADO DE PRESTACIONES

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

SELLO DE LA  
DELEGACIÓN

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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:


Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4251

**b. Dictamen Pericial de Calificación de Riesgo del Trabajo - Terceria - (C.M.T. 01)**

		<b>DICTAMEN PERICIAL DE CALIFICACION DE RIESGO DEL TRABAJO (TERCERIA)</b>		<b>FORMATO C.M.T.01</b>			
<b>1.- INFORMACION DEL MEDICO PERITO TERCERO</b>							
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)			
SUBDELEGACION DE PRESTACIONES DE ADSCRIPCION							
CEDULA PROFESIONAL	NUMERO DE CERTIFICACION COMO MEDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO:		ESPECIALIDAD:				
<b>2.- INFORMACION DEL TRABAJADOR</b>							
NOMBRE		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
DOMICILIO PARTICULAR		NO. EXTERIOR		NO. INTERIOR			
COLONIA		CODIGO POSTAL		TELEFONO			
DELEGACION O MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA		CURP			
EDAD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SUBDELEGACION DE PRESTACIONES DE ORIGEN			
FECHA DE RECEPCION DEL EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR POR EL PERITO		NO. DE EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR		NO. DE FOJAS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE			
<b>3.- ANTECEDENTES</b>		<b>3.3 RELATORIA DEL EVENTO QUE HAYA MANIFESTADO EL TRABAJADOR Y DESCRIPCION DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS PARA ACREDITAR SU RIESGO DE TRABAJO:</b>					
3.1 FECHA DEL PRESUNTO ACCIDENTE O ENFERMEDAD QUE SE RECLAMA		DIA		MES		AÑO	
3.1 FECHA DE EXPEDICION DEL DICTAMEN DE CALIFICACION DE IMPROCEDENCIA DE PROFESIONALIDAD DEL RIESGO		DIA		MES		AÑO	

ANVERSO 1



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4252



**DICTAMEN PERICIAL DE CALIFICACION DE RIESGO DEL TRABAJO  
(TERCERIA)**

**FORMATO C.M.T. 01**

3.4 DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS QUE FUNDAMENTAN Y MOTIVAN LA NEGATIVA DE PROFESIONALIDAD DE RIESGO, DE ACUERDO AL DICTAMEN DE IMPROCEDENCIA, EMITIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO DE ORIGEN.

**4.- ANALISIS DE LA DOCUMENTACION**

4.1. DESCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS ANALIZADOS O NO POR EL ÁREA DE MEDICINA DEL TRABAJO DE ORIGEN, ESPECIFICANDO FECHA Y HORA REPORTADAS EN CADA UNO.

4.2. ANÁLISIS DEL PLAZO EN QUE SE HAYA PRESENTADO EL ESCRITO DE INCONFORMIDAD Y DE LA CONTROVERSI A ENTRE EL DICTAMEN DE IMPROCEDENCIA EMITIDO POR EL ÁREA DE MEDICINA DEL TRABAJO DE ORIGEN CONTRA EL DICTAMEN MÉDICO PARTICULAR DEL TRABAJADOR. (EN CASO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL, APOYARSE EN ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE)

4.3 DE ESTAR EN PRESENCIA DE UNA PROBABLE ENFERMEDAD PROFESIONAL, DESCRIBIR EN ORDEN CRONOLÓGICO, PUESTOS DE TRABAJO Y PERIODOS DE DESEMPEÑO.

REVERSO 1



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4253



**DICTAMEN PERICIAL DE CALIFICACION DE RIESGO DEL TRABAJO  
(TERCERIA)**

**FORMATO C.M.T. 01**

4.4 EN CASO DE EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS TÓXICAS U OTROS CONTAMINANTES (RUIDO, VIBRACIONES, RADIACIONES ETC.) DESCRIBIR LO SIGUIENTE:

NOMBRE DE LA SUSTANCIA O CONTAMINANTES	FUENTES DE EXPOSICION	PERIODOS DE EXPOSICION

4.5 EN CASO DE LABORES EXTRAINSTITUCIONALES, DESCRIBIR PUESTO DE TRABAJO Y PERIODOS DE DESEMPEÑO.

--

4.6 DE ACUERDO A LOS DOCUMENTOS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE REMITIDO POR EL ÁREA DE MEDICINA DEL TRABAJO DE ORIGEN, DESCRIBIR SI ES QUE EXISTE O NO LA RELACIÓN ENTRE EL RIESGO OCURRIDO AL TRABAJADOR Y SU ACTIVIDAD LABORAL.

--

ANVERSO 2



**23. TRÁMITE PARA LA ATENCIÓN DE  
INCONFORMIDADES DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4254



ISSSTE

**DICTAMEN PERICIAL DE CALIFICACION DE RIESGO DEL TRABAJO  
(TERCERIA)**

**FORMATO C.M.T.01**

CON APEGO AL ARTÍCULO 36 DE LA LEY DEL ISSSTE Y CON RELACIÓN AL ESCRITO DE INCONFORMIDAD PROMOVIDO EN CONTRA DEL INSTITUTO POR EL (LA) \_\_\_\_\_ SE RESUELVE:

**PRIMERA:** CON BASE EN LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA Y UNA VEZ ANALIZADO EL EXPEDIENTE, SE CONCLUYE QUE (NO) \_\_\_\_ (SI) \_\_\_\_ SE TIENE POR ACREDITADA LA RELACIÓN "CAUSA-EFECTO" ENTRE LA ACTIVIDAD LABORAL Y EL RIESGO RECLAMADO POR EL TRABAJADOR.

**SEGUNDA:** EN TÉRMINOS DEL PRESENTE DICTAMEN PERICIAL Y DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 34 Y 36 DE LA LEY DEL ISSSTE, ASÍ COMO EN EL DIVERSO 43 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA, EL ASUNTO (NO) \_\_\_\_ (SI) \_\_\_\_ REUNE LOS REQUISITOS PARA CALIFICAR TÉCNICAMENTE LA "PROFESIONALIDAD" DEL RIESGO QUE SE RECLAMA.

**TERCERA:** DEVUÉLVASE EL EXPEDIENTE A SU LUGAR DE ORIGEN, REMITIÉNDOSE COPIA DEL PRESENTE DICTAMEN PERICIAL A LA JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO PARA SU CONOCIMIENTO, ATENCIÓN Y CONTROL RESPECTIVO.

EL PRESENTE DICTAMEN SE EXPIDE EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_,  
A LOS \_\_\_\_\_ DÍAS DEL MES DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.

RESPONSABLE DE LA DICTAMINACIÓN  
MÉDICO PERITO TERCERO EN DISCORDIA

DR. (A) \_\_\_\_\_

CLAVE \_\_\_\_\_

FIRMA AUTOGRAFA

Vo.Bo.

SUBDELEGADO DE PRESTACIONES O  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES  
Y SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO

C. \_\_\_\_\_  
NOMBRE

FIRMA AUTÓGRAFA

SELLO DE  
LA SUBDELEGACION DE  
PRESTACIONES

ANVERSO 2



**24. PROCEDIMIENTO PARA LA  
VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE  
LA POBLACIÓN PENSIONARIA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de actualización

Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página

4255

**24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE  
SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA DEL  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**



**24. PROCEDIMIENTO PARA LA  
VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE  
LA POBLACIÓN PENSIONARIA**


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

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

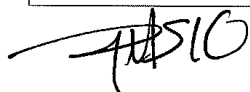
Fecha de actualización		
Día	Mes	Año
26	04	2016

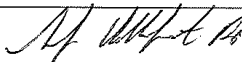
No. de Página
4256

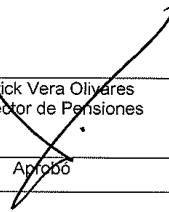
	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	1 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016

**Verificación de Supervivencia  
de la Población Pensionaria**

Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofía Villafuerte Ruiz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó







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





## 24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA


## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:
---------	----------

Fecha de actualización		
Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página
4257

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	2 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016

### I. Objetivo

Beneficiar a la población pensionaria, mediante la implementación de la modalidad no presencial estableciendo esquemas para verificar la procedencia en el pago de la nómina pensionaria, mediante el cotejo de la información del Instituto con las bases de datos de dependencias y entidades a los que se tenga acceso, principalmente la Clave Única de Registro de Población, así como las visitas domiciliarias en los casos que se requiera, para corroborar la conservación de su derecho, a fin de evitar que los pensionados acudan de forma obligatoria a las oficinas del Instituto.

### II. Políticas de operación

- La verificación de supervivencia podrá llevarse a cabo a través de alguna de las siguientes modalidades:
  - Verificación electrónica: Mediante el cruce mensual de la base de datos a las que tenga acceso el Instituto para detectar la supervivencia de sus pensionados, sin necesidad de solicitar que asistan de forma presencial.
  - Verificación presencial voluntaria: Cuando los pensionados deseen o requieran presentarse personalmente en los puntos habilitados para comprobar su supervivencia ante el Instituto en el horario de ventanilla de atención de Pensiones.
  - Verificación presencial en domicilio: Cuando las Subdelegaciones de Prestaciones deban realizar visitas domiciliarias a los pensionados para comprobar su supervivencia.
- La Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales, a través de la Subdirección de Pensiones, llevará un registro estadístico para conocer el comportamiento, tendencia y proyección de los datos que se generen como consecuencia de la operación del presente procedimiento.
- El Jefe de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados, a través del Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes, será responsable de:
  - Coordinar la operación del Sistema, para garantizar que los pensionados reciban oportunamente sus rentas pensionarias.
  - Solicitar por escrito a las Subdelegaciones de Prestaciones que correspondan, la verificación a domicilio de la supervivencia de los pensionados, de acuerdo con los recursos humanos y financieros que se asignen para tal efecto, atendiendo al siguiente orden de prelación:
    - Pensionados con inconsistencias detectadas como consecuencia de la confronta de la información contenida en las bases de datos a los que tiene acceso el Instituto.
    - Pensionados con más de 80 años.
    - Población pensionaria en general que requiera atención especial.

Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofía Villafuerte Ruiz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó



## 24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA


## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:
---------	----------

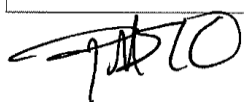
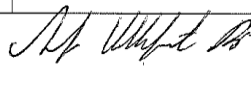
Fecha de actualización		
Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página
4258

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	3 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016

- 3.3. Diseñar mecanismos alternos y preventivos para validar la supervivencia de la población pensionaria en casos extraordinarios.
- 3.4. Definir y llevar a cabo anualmente campañas de difusión de las modalidades en las que el Instituto lleva a cabo la verificación de supervivencia de la población pensionaria.
- 3.5. Asignar los usuarios y claves de acceso de los trabajadores de base y confianza que designen formalmente las Subdelegaciones de Prestaciones para operar el Sistema.
- 3.6. Notificar de manera confidencial, personal e intransferible las claves de acceso al Sistema a los trabajadores que sean designados por las Subdelegaciones de Prestaciones para participar en las modalidades de verificación presencial de supervivencia.
- 3.7. Previa solicitud por escrito de la Subdelegación de Prestaciones, se cancelarán los usuarios y claves de acceso de los trabajadores que, por cualquier motivo, dejen de operar el Sistema.
- 3.8. Enviar mensualmente en forma electrónica la base de datos de pensionados con radicación de pago en el extranjero al personal de las Representaciones Consulares de México, a efecto de mantener vigente el registro de los pensionados.
- 3.9. Informar mensualmente a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo sobre las suspensiones de pago que solicite.
- 3.10. Capacitar al personal de los Departamentos de Pensiones responsable para que brinde un trato digno, cálido, eficiente y expedito para los pensionados que se presenten ante el Instituto para comprobar su supervivencia, así como para aquéllos que sean visitados en sus domicilios para este mismo fin.
4. El Jefe de Servicios Técnicos, a través del Jefe de Departamento de Control de Sistemas de Asignación de Derechos, será responsable de supervisar las actividades relacionadas con la interconexión de bases de datos con las que cuente el Instituto, a fin de verificar la supervivencia de los pensionados.
  - 4.1. Será responsable de definir las características de la información que deberá contener el Sistema, así como generarla para su consulta y validación.
5. Los Subdelegados de Prestaciones a través del Jefe del Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene, serán responsables de:
  - 5.1. Informar a la Subdirección de Pensiones cuando, como consecuencia de las verificaciones presenciales que practiquen, se requiera la actualización de los datos de los pensionados en las bases de datos del Instituto, así como de solicitar a la Subdirección de Afiliación y Vigencia de Derechos que se apliquen las modificaciones correspondientes.

Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofía Villafuerte Ruiz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó





**24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA**


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

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

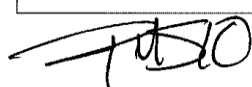
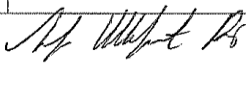
Fecha de actualización		
Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página
4259

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	4 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016

- 5.2. Integrar la estimación anual de gasto de la Delegación para realizar visitas domiciliarias, considerando el comportamiento presupuestal del año inmediato anterior.
- 5.3. Solicitar de forma escrita al Jefe de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados la asignación de usuarios y claves de acceso para los trabajadores de base y de confianza encargados de la operación del Sistema, así como su cancelación.
- 5.4. Instruir a los operadores del Sistema que, al momento de practicar visitas domiciliarias, soliciten a los pensionados la información o documentos tendientes a subsanar las inconsistencias que, en su caso, se detecten en las bases de datos que utilice el Instituto para llevar a cabo la verificación electrónica de supervivencia.
- 5.5. Programar las visitas domiciliarias que daban llevarse a cabo para verificar la supervivencia de los pensionados que solicite la Jefatura de Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes.
- 5.6. Informar mensualmente a la Jefatura de Servicios Técnicos, a la Jefatura de Servicios de Operación de Pagos y Presupuesto y a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo los movimientos que se realicen de pagos únicos y reactivación en nómina, para su control correspondiente.
- 5.7. Brindar información sobre trámites para transmisión de pensión y gastos de funeral a los familiares que reporten el fallecimiento de un pensionado, así como solicitar el acta de defunción para darlo de baja en nómina; en caso de no encontrar al pensionado en su domicilio en la segunda visita, deberá reportarlo para la retención de pago provisional correspondiente.

Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofia Villafuerte Ruíz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó

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




## 24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:
---------	----------

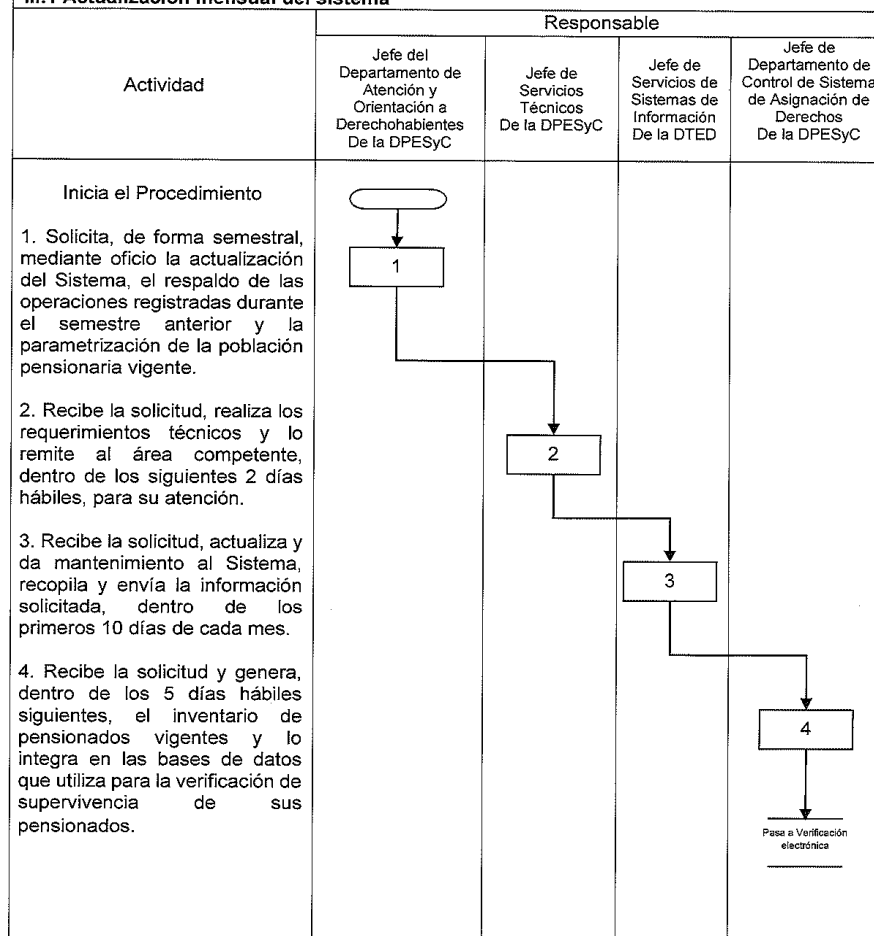
Fecha de actualización		
Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página
4260

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	5 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016

### III. Descripción y diagrama de flujo

#### III.1 Actualización mensual del sistema



Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofía Villafuerte Ruiz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó

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



## 24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:


Versión:

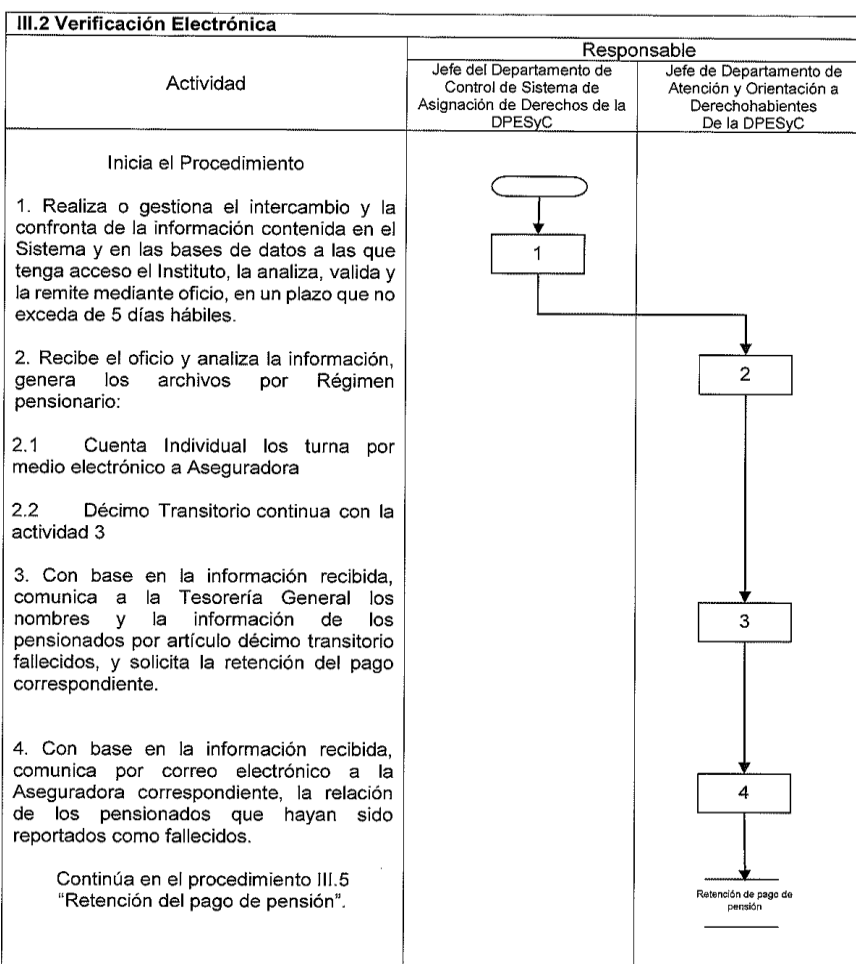
Fecha de actualización

Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página

4261

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	6 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016



Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofia Villafuerte Ruiz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó



## 24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:


Versión:

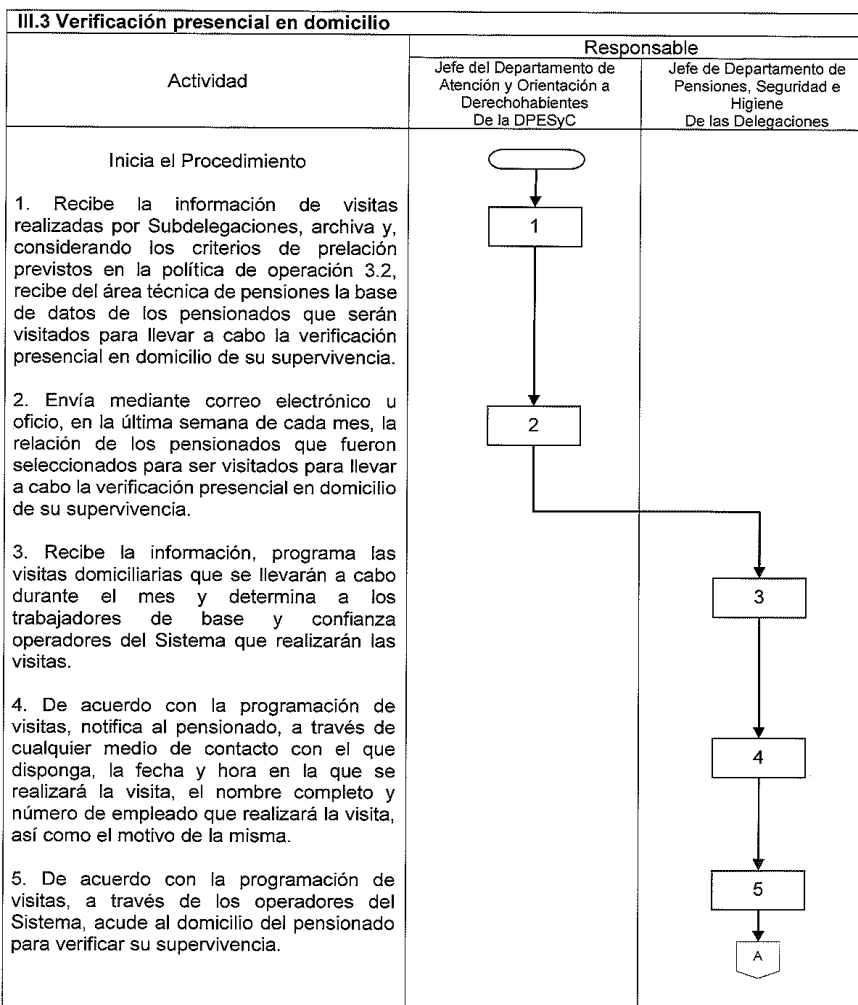
Fecha de actualización

Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página

4262

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	7 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016



Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofía Villafuerte Ruiz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó



## 24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:


Versión:

Fecha de actualización

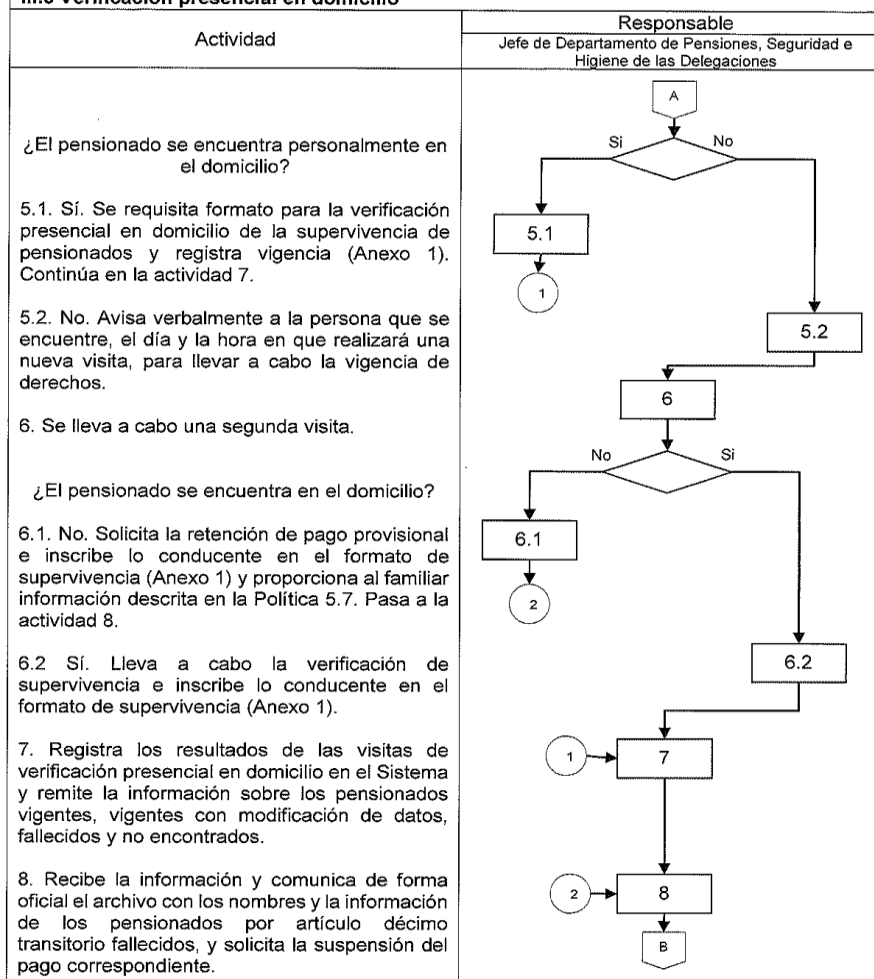
Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página

4263

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	8 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016

### III.3 Verificación presencial en domicilio



Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofia Villafuerte Ruiz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó



**24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:


Versión:

Fecha de actualización

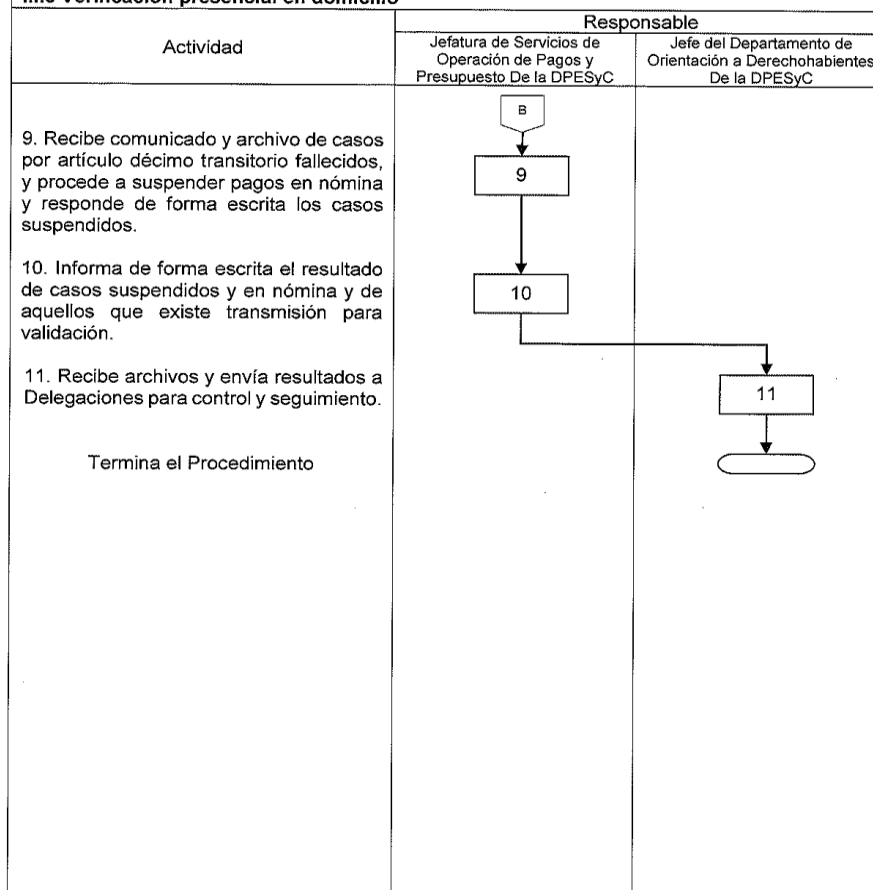
Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página

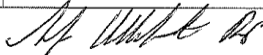
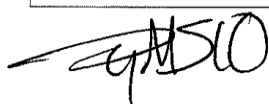
4264

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	9 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016

**III.3 Verificación presencial en domicilio**



Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofía Villafuerte Ruíz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó





**24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:


Versión:

Fecha de actualización

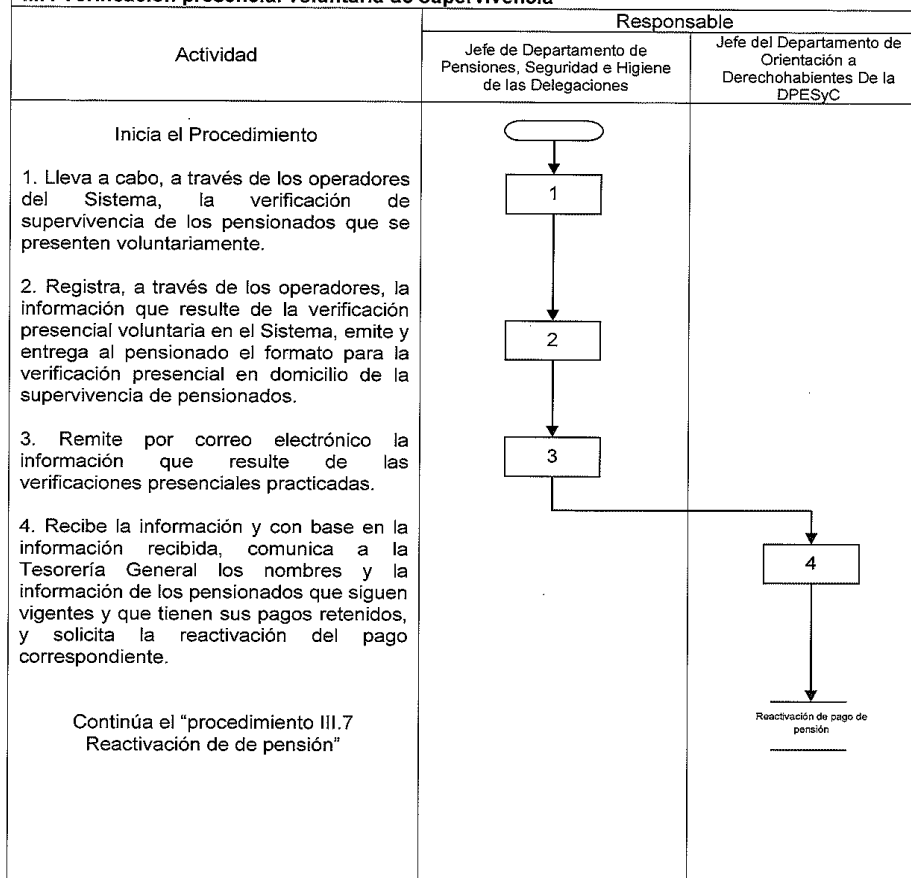
Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página

4265

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	10 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016

**III.4 Verificación presencial voluntaria de supervivencia**



Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofia Villafuerte Ruiz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**


**Versión:**

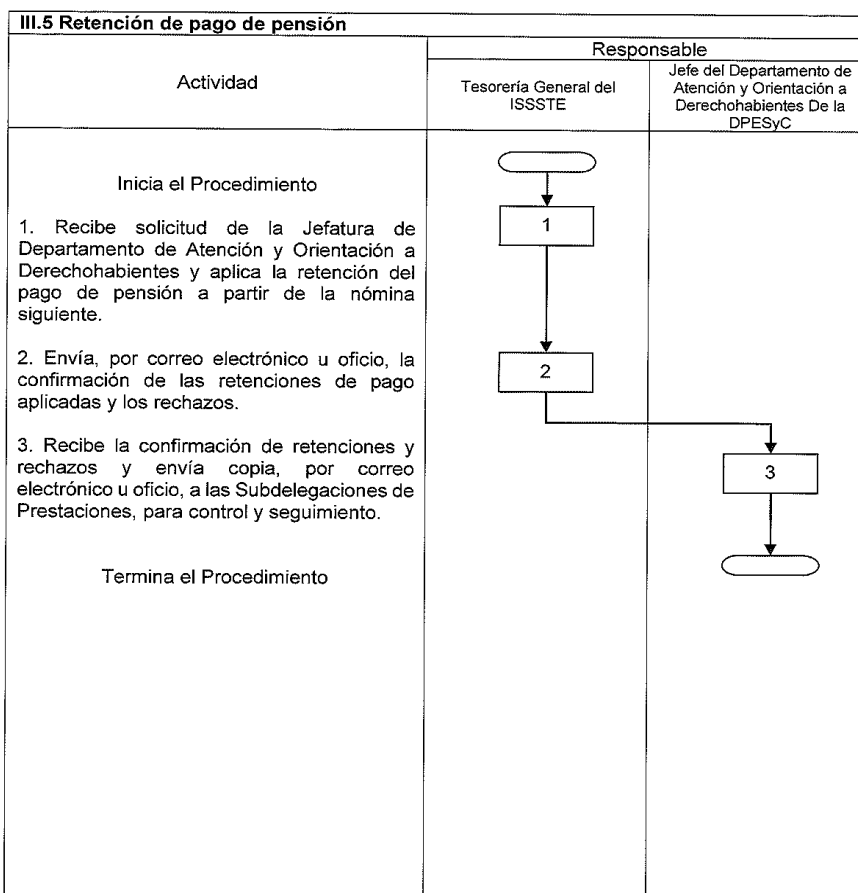
**Fecha de actualización**

Día	Mes	Año
26	04	2016

**No. de Página**

4266

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	11 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016



Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofía Villafuerte Ruiz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó





## 24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:


Versión:

Fecha de actualización

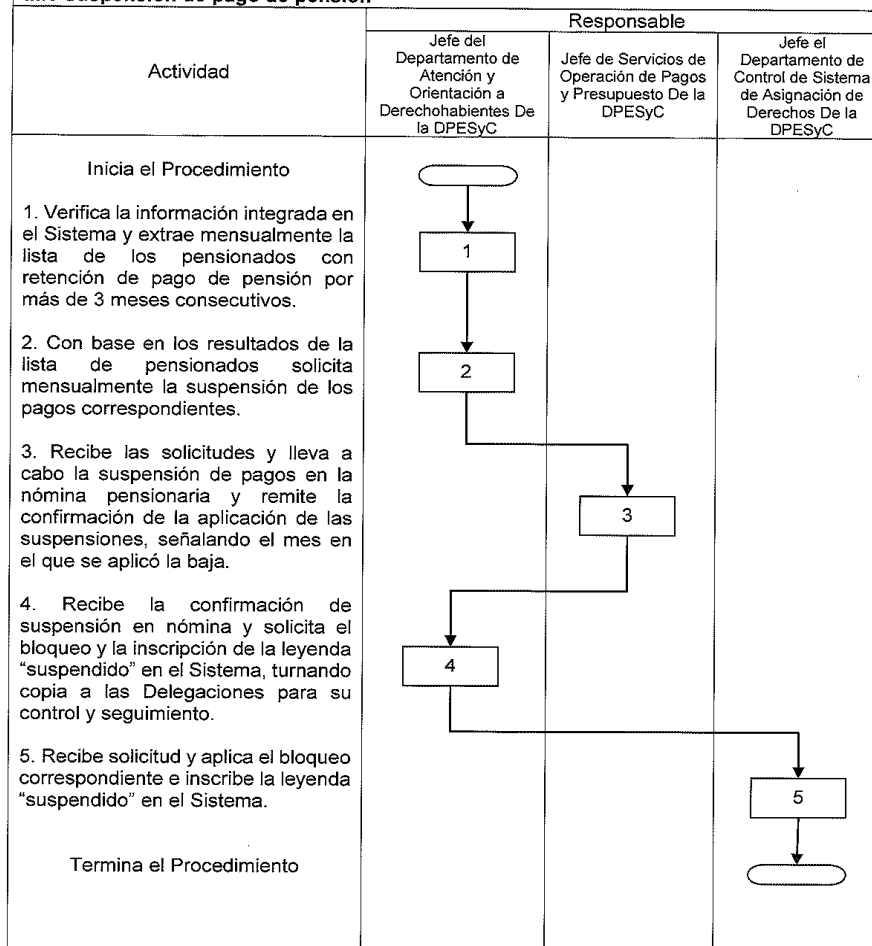
Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página

4267

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	12 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016

### III.6 Suspensión de pago de pensión



Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofia Villafuerte Ruiz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó



## 24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:


Versión:

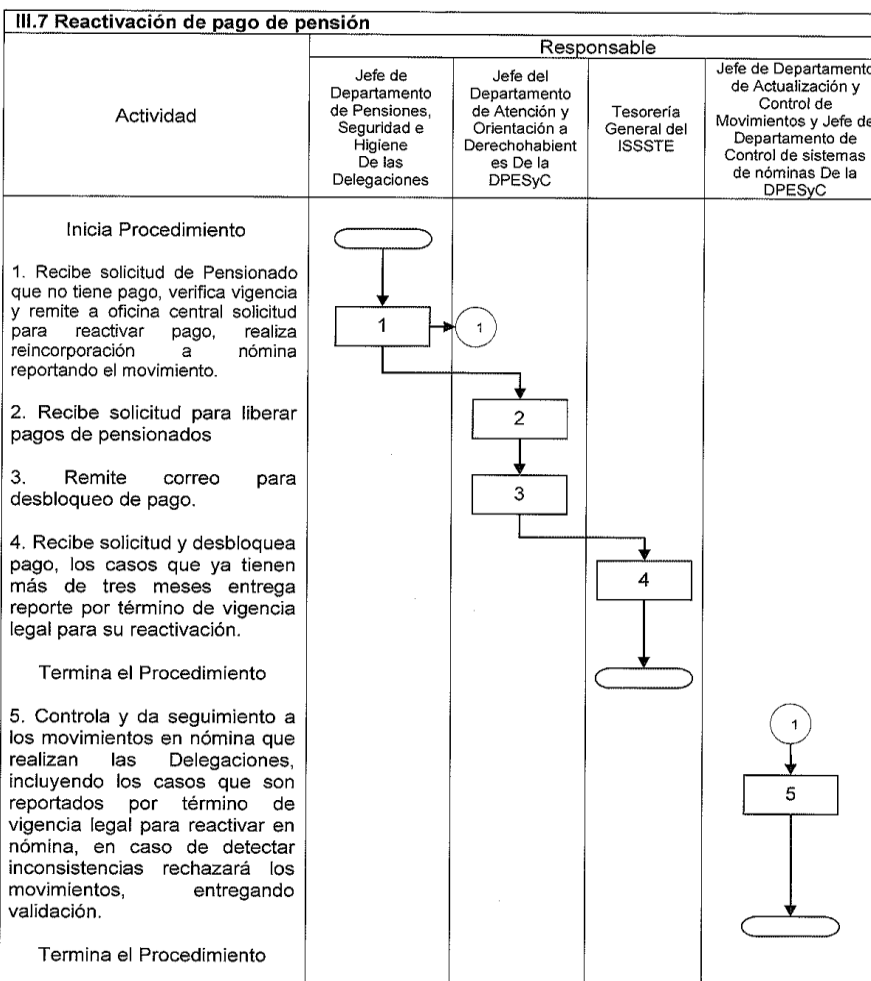
Fecha de actualización

Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página

4268

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	13 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016



Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofía Villafuerte Ruíz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó



**24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA**


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

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

Fecha de actualización		
Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página
4269

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	14 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016

**IV. Registros**

Nombre del registro	Medio de Almacenamiento	Clasificado por	Tiempo de retención	Protección	Disposición

<b>V. Referencias</b>	Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Manual de Organización General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
<b>VI. Glosario</b>	<b>DPESyC:</b> Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales. <b>DTED:</b> Dirección de Tecnología y Estrategia Digital. <b>Sistema:</b> El Sistema de Vigencia Electrónica de Derechos. <b>Parametrización:</b> Los valores de referencia conocidos de una base de datos, para programar la población pensionaria vigente.
<b>VII. Relación de anexos</b>	Anexo 1. "Formato para la verificación presencial en domicilio de la supervivencia de pensionados."

**VIII. Resumen de cambios**

Este instrumento es de nueva creación con base en lo previsto por la Ley del ISSSTE publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, el 31 de marzo de 2007.

Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofía Villafuerte Ruíz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó

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



**24. PROCEDIMIENTO PARA LA  
VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE  
LA POBLACIÓN PENSIONARIA**


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

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

Fecha de actualización		
Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página
4270

 ISSSTE	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	15 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016

## IX. Anexos

Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofia Villafuerte Ruíz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó

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



## 24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:
---------	----------

Fecha de actualización		
Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página
4271

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	16 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016

Anexo 1. Formato para la verificación presencial en domicilio de la supervivencia de pensionados.

				INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DELEGACIONES ESTATALES Y REGIONALES FORMATO PARA LA VERIFICACIÓN PRESENCIAL EN DOMICILIO DE LA SUPERVIVENCIA DE PENSIONADOS (PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL AUTORIZADO POR LA DELEGACIÓN)			
<b>A) DATOS GENERALES</b>				<b>B) DATOS DEL PENSIONADO</b>			
NOMBRE COMPLETO DEL PENSIONADO (1)		NÚMERO DE PENSIONADO (2)		NÚMERO ISSSTE (3)		NÚMERO DE PENSIONADO (4)	
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) (11)		REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (RFC) (5)		CORREO ELECTRÓNICO (6)		NOMBRE COMPLETO DEL (65) PENSIONADO	
TELÉFONO Y CELULAR (7)		EDAD (NÚMERO Y LETRA) (8)		TIPO DE PENSION (9)		REGIMEN PENSIONARIO (10)	
				<input type="checkbox"/> CUENTA INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> CUENTA TRANSITORIO			
<b>B) VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA</b>				<b>C) DATOS DEL VISITANTE</b>			
NOMBRE COMPLETO Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA VISITA (11)		DESCRIPCIÓN (12)		NÚMERO DE EMPLEADO (13)		VISITAS EN EL MES (14)	
				<input type="checkbox"/> PRIMERA <input type="checkbox"/> SUBSECUENTE			
DOMICILIO DEL PENSIONADO DONDE SE REALIZA LA VISITA (CALLE, NÚMERO, COLONIA, ASENTAMIENTO, DELEGACIÓN / MUNICIPIO, OF / ESTADO, CÓDIGO POSTAL) (15)				NOMBRE COMPLETO DE QUIEN REALIZA LA VISITA (17)			
DESCRIPCIÓN DE LA FACHADA DEL DOMICILIO (16)				CARGO DE QUIEN REALIZA LA VISITA Y NO. DE EMPLEADO (18)			
				DELEGACIÓN (19)			
ESTATUS DEL PENSIONADO (17)		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL CON FOTOGRAFÍA DEL PENSIONADO (EN SU CASO) (19)		¿CORRESPONDE LA FOTOGRAFÍA? (20)		¿CORRESPONDEN LOS DATOS? (21)	
<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> FALLECIDO*				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ACLARACIONES (21)				SELLO OFICIAL (22)			
<b>C) VERIFICACIÓN DE CURP</b>				FECHA Y HORA (23)			
¿HA HECHO ALGUNA RECTIFICACIÓN DE CURP ANTE RENAPOT EN SU CASO, ENTREGAR DOCUMENTACIÓN DE CURP VIGENTE (22)							
				FIRMA DEL EMPLEADO (24)			
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFESTO QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON CIERTOS (23)							
PERSONAL ACREDITADO QUE REALIZA LA VISITA (FECHA, NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA)				PENSIONADO O, EN SU CASO, FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL (FECHA, NOMBRE COMPLETO Y FIRMA) (24)			
LOS DATOS PROPORCIONADOS POR VOTRO SON PROTEGIDOS EN TÉRMINOS DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAL Y A LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, ENTREGAR FOLIO DE LA FOLIOGRAFÍA							

Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofia Villafuerte Ruiz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó



**24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

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

Fecha de actualización		
Día	Mes	Año
26	04	2016

No. de Página
4272

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	17 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016

Anexo 1. Instructivo de llenado del Formato para la verificación presencial en domicilio de la supervivencia de pensionados.		Clave del formato CMD
No.	Nombre	Debe anotarse
1.	Nombre Completo Del Pensionado	El nombre del pensionado (apellido paterno, apellido materno y nombres).
2.	Número De Pensionado	El número de Pensión que tiene que se localiza en la credencial del pensionado y en la nómina pensionaria
3.	Número ISSSTE	El número ISSSTE que tiene que se localiza en la nómina pensionaria
4.	Clave Única De Registro De Población	La Clave única de Registro de Población (CURP) que tiene.
5.	Registro Federal De Contribuyentes	El número de Registro Federal de Contribuyentes que tiene.
6.	Correo Electrónico	El correo electrónico otorgado por el pensionado en caso de no tener, dejar espacio en blanco.
7.	Teléfono y Celular	El teléfono y celular, ambos en caso de tener.
8.	Edad (Número y Letra)	La Edad del pensionado
9.	Tipo de pensión	El tipo de pensión que disfruta el pensionado que puede ser pensión directa o transmisión de pensión
10.	Régimen Pensionario	Una marca en la casilla que corresponda al régimen pensionario del pensionado.
11.	Nombre Completo y Cargo de quien realiza la visita	El nombre del empleado y cargo.
12.	Adscripción	El área de adscripción del empleado que realiza la visita.
13.	Número de empleado	El número del empleado que realiza la visita.
Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes		Lic. Sofia Villafuerte Ruiz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados
Elaboró		Revisó
		Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
		Aprobó



**24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

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

Fecha de actualización		
Día	Mes	Año
26	04	2016

<b>No. de Página</b>
4273

	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	18 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016

14.	Visitas en el mes	Una marca en la casilla que corresponda al número de visita.
15.	Domicilio del Pensionado donde se realiza la visita (Calle, Número, Colonia/Asentamiento, Delegación, Municipio, Estado, Código Postal.	El domicilio completo donde se realizó la visita al pensionado.
16.	Descripción de la fachada del domicilio	La descripción física del inmueble.
17.	Estatus del Pensionado	Una marca en la casilla según corresponda el estatus del pensionado: presente, ausente o fallecido.
18.	Tipo y Número de Identificación oficial con fotografía del pensionado (en su caso)	El número de la identificación oficial para corroborar identidad.
19.	¿Coincide la fotografía?	Una marca en la casilla según corresponda.
20.	¿Coinciden los datos?	Una marca en la casilla según corresponda.
21.	Aclaraciones	Las incidencias relevantes durante la visita, con respecto al domicilio, pensionado, identificación.
22.	¿Ha hecho alguna rectificación de CURP ante RENAPO? En su caso, entregar documentación de CURP vigente	La CURP Vigente del pensionado, en caso de que haya realizado alguna modificación ante RENAPO.
23.	Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos contenidos en el presente documento son ciertos. Personal acreditado que realiza la visita (Fecha, Nombre Completo, Cargo y Firma)	La Fecha, Nombre Completo, Cargo y Firma del empleado que realiza la visita.
24.	Pensionado o, en su caso, Familiar o representante legal. (Fecha, Nombre Completo y Firma)	La Fecha, Nombre Completo y Firma, del pensionado, familiar o representante legal.

Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofía Villafuerte Ruíz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó

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





**24. PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA**


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

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

Fecha de actualización		
Día	Mes	Año
26	04	2016

<b>No. de Página</b>
4274

 ISSSTE	Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Hoja:	19 de 19
	Subdirección de Pensiones	Código:	
	Manual de Procedimientos de la Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales	Revisión:	
		Elaboración:	10/Mayo/2016

25.	Número De Pensionado	El número de Pensión que tiene que se localiza en la credencial del pensionado y en la nómina pensionaria
26.	Nombre Completo Del Pensionado	El nombre del pensionado (apellido paterno, apellido materno y nombres).
27.	Nombre Completo de quien realiza la visita	El nombre del empleado.
28.	Cargo de quien realiza la visita y número de empleado	El cargo y el número del empleado que realiza la visita.
29.	Delegación	El área responsable de realizar la visita.
30.	Sello oficial	Sello de la Delegación.
31.	Fecha y hora	Día, mes y año y la hora local de la visita.
32.	Firma del empleado	Firma del encargado de realizar la visita.

Lic. Rodrigo Melo Castro Jefe del Departamento de Atención y Orientación a Derechohabientes	Lic. Sofía Villafuerte Ruiz Jefa de Servicios de Atención Integral a Jubilados y Pensionados	Lic. Erick Vera Olivares Subdirector de Pensiones
Elaboró	Revisó	Aprobó

*[Handwritten signatures and initials over the signature lines]*

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