



# 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 OUE REEXPIDEN LOS MANUALES DE ORGANIZACIÓN 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 INCORPORANDOSE EL PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVIENCIA 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 DELEGACIONES TIPOS A Y B DEL INSTITUTO INCORPORANDOSE 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



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha	Fecha de autorización		No. de Página
		Día	Mes	Año	No. de Pagina
		21	12	2007	4106

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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
E HIGIENE



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autori	zación	No. de Página	
· ·		Día	Mes	Año	No. de Payilla	
		21	12	2007	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, CAPITULO 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 CIEN 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.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización		zación	No de Dégine	
3.			Día	Mes	Año	No. de Página
			21	12	2007	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 CALFICACIÓN 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.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autori	zación	No. de Página
· ·		Día	Mes	Año	No. de ragilia
		21	12	2007	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 ÁL 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.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

# SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autori	zación	No de Dégine	
· ·		Día	Mes	Año	No. de Página	
		21	12	2007	4110	

#### 3. DESARROLLO

	ARROLLO	
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 PÙBLICO)	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 (MEDICO 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



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

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



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	digo: Versión:	Fecha	Fecha de autorización			No. de Página	
<b>.</b>		Día	Mes	Año		No. de Pagilla	
		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:  — "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:  – "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



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página	
ŭ		Día	Mes	Año		No. ue rayına
		21	12	2007		4113

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
18	BENEFICIARIO	Recibe copia de formato RT-13, credencial y fechalugar 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:  - "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:  - "Concesión de Pensión" RT-11,  - Cheque del primer pago del beneficio.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autori	zación	No. de Página
		Día	Mes	Año	No. de Pagilla
		21	12	2007	4114

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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

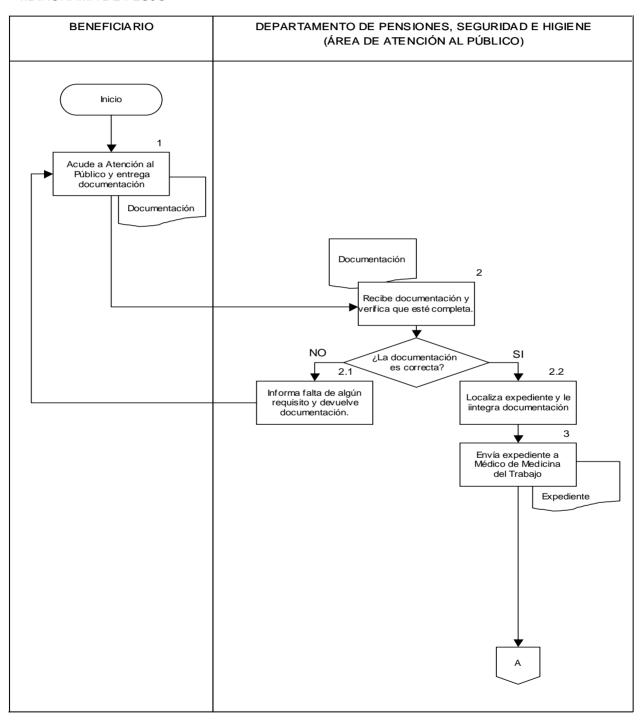
## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	
· ·		

Fecha de autorización						
Día Mes Año						
21	12	2007				

No. de Página	
4115	

#### 4.DIAGRAMA DE FLUJO

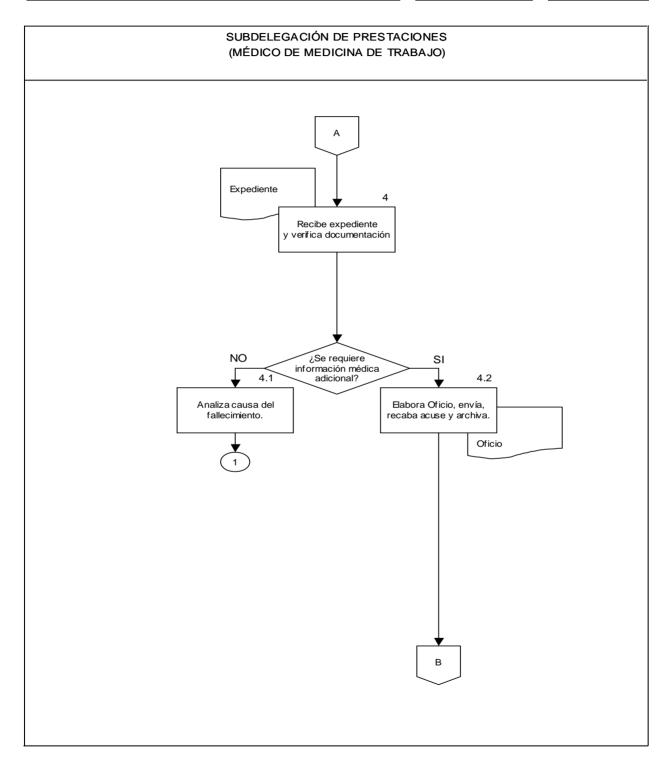


DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	ТІРО В



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autori	zación	No. de Página
· ·		Día	Mes	Año	No. de Pagilla
		21	12	2007	4116

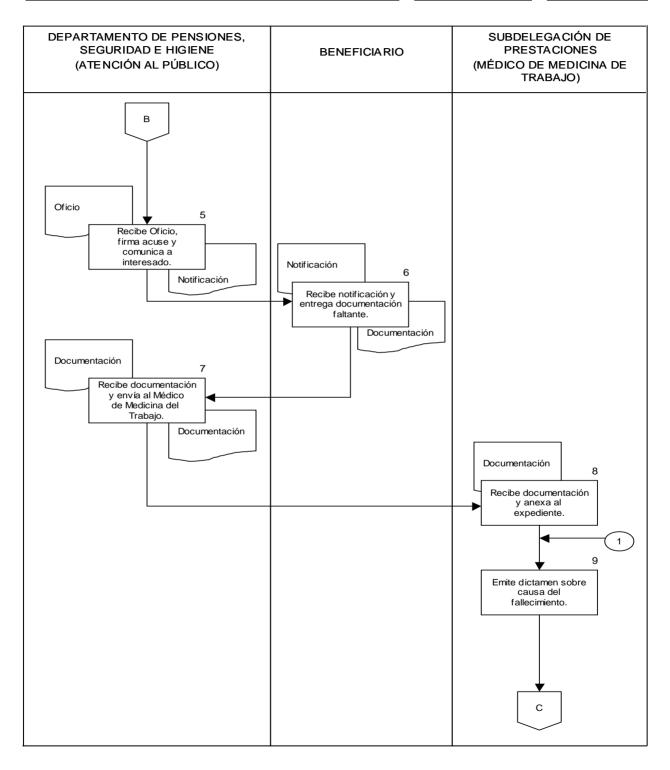


DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		ТІРО В



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autor	ización	No de Dégino
· · · · •		Día	Mes	Año	No. de Página
		21	12	2007	4117

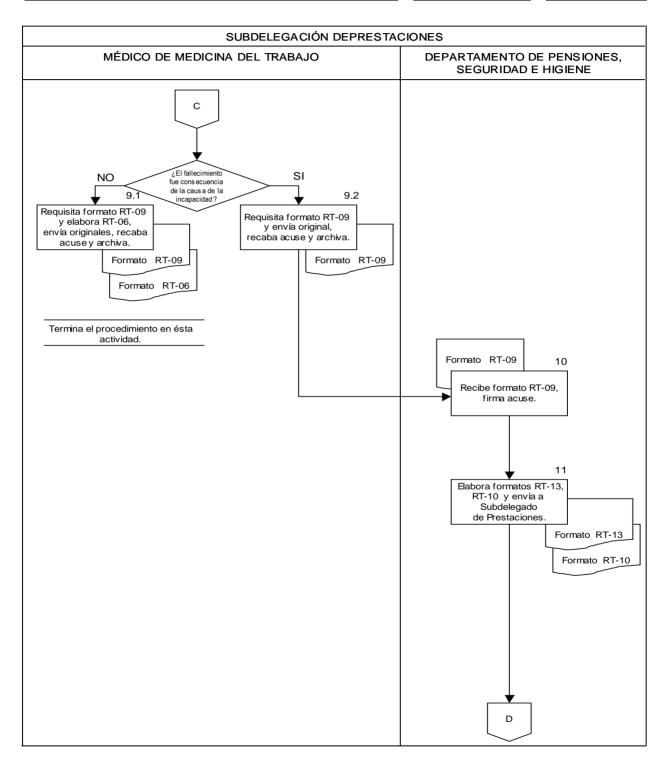


DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autori	zación	No. de Página
· ·		Día	Mes	Año	No. ue rayilla
		21	12	2007	4118

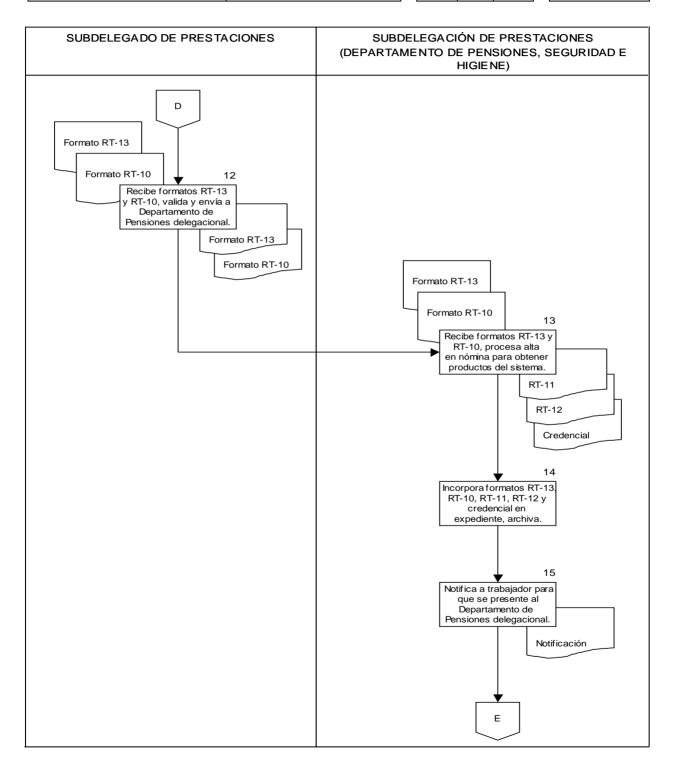


DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		ТІРО В



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autori	zación	No. de Página
<b>o</b>		Día	Mes	Año	No. de Pagilla
		21	12	2007	4119



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B

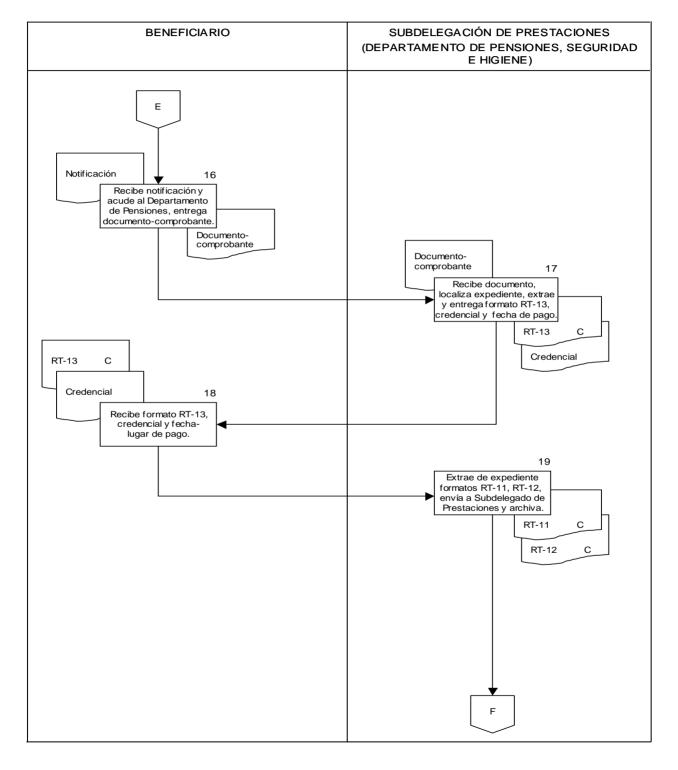


#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE **DELEGACIONES**

#### SUBDELEGACIÓN DE **PRESTACIONES**

4120

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No de Démine	
<b>3</b>			Día	Mes	Año	No. de Página
			21	12	2007	4120



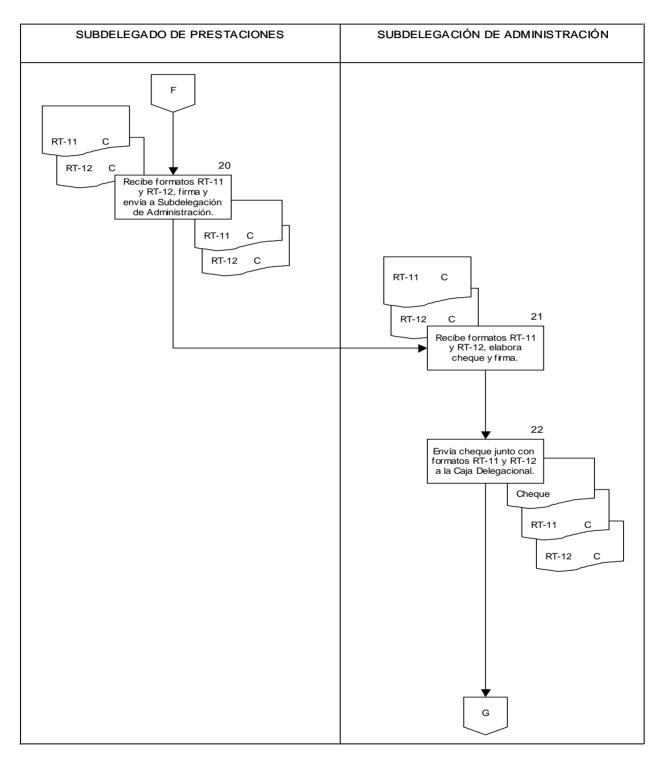
DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fe	cha de auto
		Dí	ía Mes
		2.	

echa	de autori	zación	No. de Página
Día	Mes	Año	No. de Pagilla
21	12	2007	4121



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B

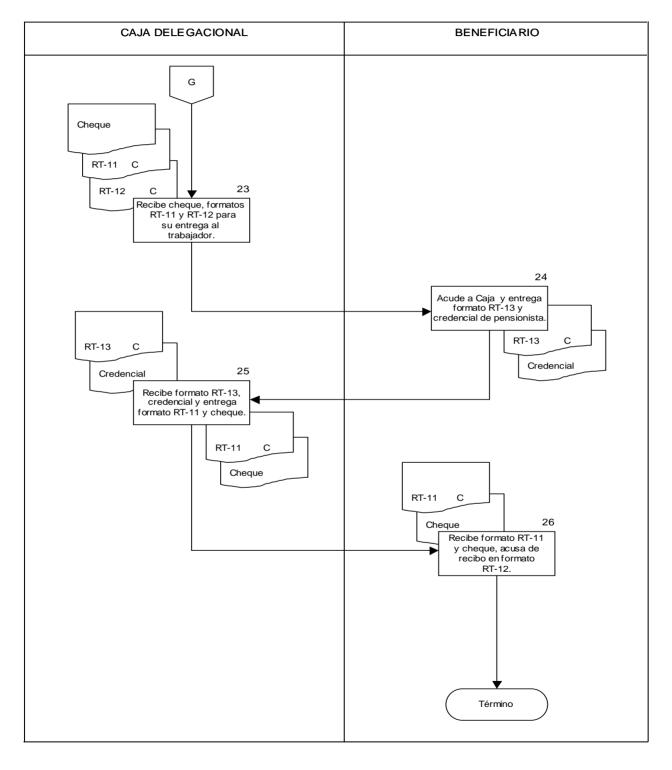


# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	

Fecha de autorización				
Día Mes Año				
21	21 12 2007			

No. de Página	_
4122	



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

	DE 0	IN KIESGO DI	= IKA	DAJU			PRESTACI	ONE2
Código:			Version	ón:			Fecha de autorización Día Mes Año 21 12 2007	No. de Página 4123
5. REGIS	TROS							
	ore del gistro	Almacenam	iento	Ordenado por	Tiempo Reteno			Disposición
		<u> </u>		1				
6. REF	ERENCIA	AS Sub	sidios	a la Administra por Enfermeda e Asignación de	ades no P	rofe	chivos de Riesgos esionales.	del Trabajo y
	MINOS Y INICION							
8. ANE)	KOS	BT-0  "Sol b. Dicta c. Certi Traba Traba "Sol d. Cédu e. Conc f. Liqui	BB ó Ficitar in incitar in incitar in incitado ajo o ajo (Ricitar in incitar	RT-03C) Instructivo RT-( Ide Improceden Médico de Ir de Incapacid T-09) Instructivo RT-( Incorporación de Pensión (R In de Pago Prev	03 al área cia (RT-00 nvalidez p lad Perm 09 al área a Nómina RT-11) via Incorpo	noi 6) oor and noi (R	ción de Riesgos de Trmativa vigente".  Enfermedad o Accente o Defunción promativa vigente".  T-10)  ción a Nómina (RT-por Riesgo del Trab	idente Ajeno al por Riesgo del 12)
9. RESUM		CAMBIOS						
Página		nto ó Sección Documento			Resume	n y	Motivo del Cambio	
	<u> </u>							
	Nomb	ore		Nom	nhre		No	ombre
	Flaho			Rev				nrohó

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

# SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

TIPO B

Código:	Versión:		Fecha de au	ıtorización	No. de Página
			Día Me	s Año	
			21 12	2 2007	4124
	<b>8. AN</b>	EXOS			
DEDARTAMENTO DE D	ENCIONES SECURIDAD				

E HIGIENE



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

TIPO B

Códig	go:	Versión:				Fecha de au Día Me		No	. de Págin
						21 12			4125
	a. Requisitos para	ı el Trámite de (	Calificaci	ón de	Rie	esgos de Tr	abajo (R	Г-03А)	
ISS	SSTE RE		EL TRÁMIT GOS DE T RO DE TRA	RABAJ	0	IFICACIÓN	F	FORMATO	RT-03 <i>A</i>
	JBDELEGACIÓN DE PRESTACIONE RABAJADOR:	S EN :							
	RFC		TELÉFON				MES HA DE SOLIC	AÑO CITUD (RTO	1)
	NOMBRE D	EL FAMILIAR O REPF	RESENTAN	E DEL S	SOLI	CITANTE, EN S	SU CASO.		
I. 1	SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE RIESGO DE TRABAJO	(ART. 40 DEL REGI ECONÓMICAS			SSST		DICO INICIA	L (RT-02)	
2	(RT-01)  CERTIFICACIÓN DE SUELDOS				P 	FECHA Y HORA ACIENTE LESIÓN Y DÍAS DTORGADAS			
3	HORARIO DE LABORES			6	NO	TA MÉDICA INI STIR.	CIAL DE UR	GENCIAS, I	DE
4	TALÓN DE PAGO RECIENTE			7	СО	PIA DE LICENO	CIAS MÉDICA	\S	
AU1 DEL	L CUMENTACIÓN 1, 2 Y 3 DEBERÁ E TORIDAD ADMINISTRATIVA QUE L RIESGO Y SELLADA POR LA DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR	TUVO CONOCIMIEI PENDENCIA O ENTI	OTV	AUT CON	ÓGR OCI	UMENTACIÓN RAFA DE LA A MIENTO DEL F RESPECTIVA.	UTORIDAD	MÉDICA Q	UE TUVO
III.				IV. P	OR I	MUERTE DEL 1	RABAJADO	R	
8	AVERIGUACIÓN PREVIA			9		PIA CERTIFIC <i>A</i> FUNCIÓN	ADA DEL AC	TA DE	
FIR MIN	DOCUMENTACIÓN SEÑALADA, MA AUTÓGRAFA Y SELLO IISTERIAL QUE TUVO CONOCIMIE SU CASO.	DE LA AUTORII	DAD	NEC	EXA MO MÁS ESA	PIA DE LA NEC AMEN QUÍMICO RTEM 5, SE DEBERÁ RIO, TODA LA APARTADOS I.	ENTREGAR DOCUMEN	GICO POS	D DE SER
NVE	RSO								

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autor	zación	No. de Página
		Día	Mes	Año	No. de Fagilia
		21	12	2007	4126

				21	12 2007	4120
ISSSTE	DE I	RA EL TRÁMI' RIESGOS DE T ENTRO DE TR	RABAJO	IFICACIÓN		FORMATO RT-03A
EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIE PARA QUE ENTREGUE LO SOLICITA DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO EN UN TÉRMINO NO MAYOR A LOS 1 NOTIFIQUE LA PREVENCIÓN, DE LO CON LOS DOCUMENTOS QUE TENGA	DO EN EL PL O POR EL MÉ O DÍAS HÁBIL O CONTRARIO	AZO DE 10 D DICO DE MED LES SIGUIENT D EL ISSSTE	ICINA DEL ES, CONTA	TRABAJO, DOS A PAF	DEBERÁ SUB RTIR DE LA FE	SANAR LA OMISIÓN CHA EN QUE SE LE
FIRMA DEL SOLICITANTE			E		FECHA DE EN IATO DE REQU	NTREGA DE JERIMIENTOS
NO	ENTREG	MA DEL SERV A EL PRESEN SELLO DE SUBDELEGACI PRESTACIOI	TE FORMA LA ÓN DE		_	
CCP. EXPEDIENTE DEL TRABAJADO	PR					REVERSO

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización Día Mes Año	No. de Página
		21   12   2007	4127
Requisitos para el	Trámite de Calificación de R	iesgos de Trabajo (RT-03	В)
ISSSTE	QUISITOS PARA EL TRÁMITE DE DE RIESGOS DE TRABA (EN TRAYECTO)	CALIFICACIÓN	RMATO RT-03B
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES TRABAJADOR:	EN:		
RFC	TELÉFONO	DIA MES FECHA DE SOLICIT	AÑO UD (RTO1)
NOMBRE DE	L FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL	SOLICITANTE, EN SU CASO.	
	REQUISITOS (ART. 40 DEL REGLAMENTO DE PRE ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL I		
I.  1 SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL	_ PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (R'	T 04)	
2 CERTIFICACIÓN DE SUELDOS	PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (R	1-01)	
3 HORARIO DE LABORES 4 TARJETA DE CONTROL DE ASISTE	ENICIA		
5 CROQUIS Y TIEMPO DE RECORRI		ANCIA INFANTIL-DOMICILIO)	
6 TALÓN DE PAGO RECIENTE			CONCUMENTO
LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 3 Y 4, DEBE DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPE			CONOCIMIENTO
II.	T 00)		
7 CERTIFICADO MEDICO INICIAL (R - FECHA Y HORA EN QUE SE RECI	BIÓ ÁL PACIENTE		
- LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS N 8 COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS	IÉDICAS OTORGADAS		
9 NOTA MÉDICA INICIAL DE URGEN			
- FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS LA DOCUMENTACIÓN 5, DEBERÁ COI	S CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PA NTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA		CONOCIEMINTO
DEL RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD M	MÉDICA RESPECTIVA.		
III.  10 AVERIGUACIÓN PREVIA			
11 REPORTE DE ASEGURADORA DE	AUTOMOVIL, EN SU CASO.		
12 PARTE DE AMBULANCIA  LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENT			Y SELLO DE LA
ANVERSO			

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autor	ización	No de Dégine
1		Día	Mes	Año	No. de Página
		21	12	2007	4128



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

**FORMATO RT-03B** 

IV POR MUFRTF DEL TRABAJADOR			

13	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
14	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY.	
15	EXÁMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICO POST-MORTEM	
ADE	EMÁS DEBERÁ ENTREGARSE, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN I	LOS
AP/	ARTADOS 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.

DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉ EN UN TÉRMINO NO MAYOR A LOS 10 DÍAS HÁBIL	LAZO DE 10 DÍAS HÁBILES, QUEDANDO APERCIBIDO QUE A FALTA IDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERÁ SUBSANAR LA OMISIÓN LES SIGUIENTES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE LE D EL ISSSTE LLEVARÁ A CABO EL ANÁLISIS INTEGRAL DEL CASO
FIRMA DEL SOLICITANTE	LUGAR Y FECHA DE ENTREGA DE ESTE FORMATO DE REQUERIMIENTOS
_	MA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE A EL PRESENTE FORMATO
s	SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

 ${\tt CCP.} \ {\tt EXPEDIENTE} \ {\tt DEL} \ {\tt TRABAJADOR}$ 

**REVERSO** 

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Requisitos para el Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo (RT-03C)  Requisitos para el Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo (RT-03C)  REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (COMISIÓN)  SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: TRABAJADOR:  TRABAJADOR:  DIA MES ANO 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)  1. SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01) 2. CERTIFICACIÓN DE SUELDOS 3. HORARIO DE LABORES 4. OFICIO PLIEGO DE COMISIÓN 5. CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO 6. CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN 7. CROQUIS Y TIEMPO DE RECORRIDO HABAJO/CONTRO DE TRABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)
Requisitos para el Trámite de Calificación de Riesgos de Trabajo (RT-03C)    REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (COMISIÓN)    SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN:
REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (COMISIÓN)  SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: TRABAJADOR:
REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (COMISIÓN)  SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: TRABAJADOR:
REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (COMISIÓN)  SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: TRABAJADOR:
REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (COMISIÓN)  SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: TRABAJADOR:
REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (COMISIÓN)  SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: TRABAJADOR:  REC  DIA MES ANO 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. 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 DEL ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN 7 CROQUIS Y TIEMPO DE RECORRIDO HABITUAL 1 CONOCILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)
REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (COMISIÓN)  SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: TRABAJADOR:  RFC  DIA 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. 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 DEL ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN 7 CROQUIS Y TIEMPO DE RECORRIDO HABITUAL 1 CROQUIS Y TIEMPO DE TRABAJO-CONTO DE TRABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)
REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (COMISIÓN)  SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN :
REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (COMISIÓN)  SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN :
REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (COMISIÓN)  SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN :
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN :  TRABAJADOR:  RFC  TELÉFONO  DIA 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)  1.  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-DOMICILIO TEMPORAL)
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN :
SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN:  TRABAJADOR:  NOMBRE DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO.  REQUISITOS  (ART. 40 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES  ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE)   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-ENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)
I.    SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)   CERTIFICACIÓN DE SUELDOS   STANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO   CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO   CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO   CONGUISO Y TIEMPO DE RECORRIDO HABITUAL   (DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)   (DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)   (DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)
I.    SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)   CERTIFICACIÓN DE SUELDOS   A 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)   DIA MES AÑO   DIA MES AÑO   DIA MES AÑO   DEL ABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)
I.    SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)   CERTIFICACIÓN DE SUELDOS   A 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)   DIA MES AÑO   DIA MES AÑO   DIA MES AÑO   DEL ABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)
I.    SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)   CERTIFICACIÓN DE SUELDOS   A 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)   DIA MES AÑO   DIA MES AÑO   DIA MES AÑO   DEL ABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)
I.    SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)   CERTIFICACIÓN DE SUELDOS   A HORARIO DE LABORES   4 OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN   5 CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO   6 CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN   TRABAJADOR:    DIA MES AÑO   DEL ANO   D
I.    SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)   CERTIFICACIÓN DE SUELDOS   SUBJECTOR   SU
I.    SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)   CERTIFICACIÓN DE SUELDOS   A OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN     OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN     OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN DEL PUESTO     CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO     CROQUIS Y TIEMPO DE RECORRIDO HABITUAL     (DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO-CENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)
I.    SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)   CERTIFICACIÓN DE SUELDOS   A OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN     OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN     OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN DEL PUESTO     CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO     CROQUIS Y TIEMPO DE RECORRIDO HABITUAL     (DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO-CENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)
I.    SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)   CERTIFICACIÓN DE SUELDOS   HORARIO DE LABORES   OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN     OFICI
I.  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  CONQUIS Y TIEMPO DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO/CENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)
I.  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  CONOCIA Y TIEMPO DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO/CENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)
I.  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  CONQUIS Y TIEMPO DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO/CENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)
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-DOMICILIO TEMPORAL)
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-DOMICILIO TEMPORAL)
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-DOMICILIO TEMPORAL)
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)
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)
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)
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)
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)
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)
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)
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)
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)
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)
7 CROQUIS Y TIEMPO DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO/CENTRO DE TRABAJO-DOMICILIO TEMPORAL)
(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.
CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)
9 - FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ ÁL 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



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

TIPO B

	DE ON RIESGO DE	ITABAGG		1 11	LUIAU	IONES		
O44!===	1 ;	Vanaića.	Fecha de autorización					
Código:		Versión:	Pecna Día	Mes	Año	No. de Página		
			21	12	2007	4130		
			21	IZ	2007	4130		
20					F	ORMATO RT-03B		
	REQU	JISITOS PARA EL TRÁMITE DE CA		ÓN				
		DE RIESGOS DE TRABAJO	)					
ISSSTE	ISSSTE (COMISIÓN)							
l e						· ·		
III.								
	GUACIÓN PREVIA ENES QUIMICO-TOXICOLÓGIO	208						
		EVENTIVA (SECTOR CAMINOS)						
	DE ASEGURADORA DE AUTO	OMOVIL						
	DE AMBULANCIA							
	ENTACION SENALADA EN ES CONOCIMIENTO DEL PRESUN	TE APARTADO, DEBERÁ CONTENER	FIRMA AUT	OGRAFA	A Y SELLO	DE LA AUTORIDAD		
	RTE DEL TRABAJADOR	TO RESCO, EN CO GAGO.						
		DEFLINCIÓN						
	DE LA NECROPSIA DE LEY.	DEFUNCION						
3 EXÁME	EN QUÍMICO-TOXICOLÓGICO	POST-MORTEM						
ADEMÁS D	EBERÁ ENTREGARSE, EN	CASO DE SER NECESARIO, TOD	A LA DO	CUMENT	ACIÓN SE	ÑALADA EN LOS		
APARTADO	S I, II Y II.							
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.								
FI	RMA DEL SOLICITANTE			_		REGA DE ESTE		
			FORIV	IATO DE	REQUE	RIMIENTOS		
	NOM	IBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚ	JBLICO QL	JE				
		ENTREGA EL PRESENTE FORM						
			$\neg$					
		0=						
		SELLO DE LA						
		SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES						
		TRESTACIONES						
		<u> </u>						
CCP. EXPEDI	ENTE DEL TRABAJADOR					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 aut		No. de Página			
			Día         Mes           21         12		4131			
			21 12	2007	4131			
	b. Dictame	n de Improcedencia	a (RT-06)					
		NOMBRE DE	EL TRABAJADO	OR:	1			
		EXPEDIENT	E NÚMERO:		<u>2</u>			
DICTAMEN DE IMPROCEDENCIA								
VISTO El expediente al rubro cita que fue solicitado al Instituto de S	eguridad y Se 3 año	ervicios Sociales de 6	los Trabajadore sufrido el por el	es del Estad <u>4</u> trabajador r	lo, con motivo de del mes de nencionado en el			
PRIMERO Es improcedente e	otorgamient	to de pensión por		7	al (la)			
C9	<u>8</u> sufrido el	10	con m	 • er				
desprende de la documentación orgánica o perturbación funcional o de1	no en los terr que obra a fo que presenta e 2	minos dei articulo 34 jas <u>11</u> el trabajador, no se o	1 de Ley del I del expe riginó en el ejei que	SSSTE, dad diente mend rcicio o con i desempe	do que segun se lo cionado, la lesión motivo del trabajo eñaba en			
13 su domicilio a su centro de labores	o viceversa.	,	ni tampoco al	trasladarse	directamente de			
SEGUNDO Túrnese el presente el Trabajo para el efecto de que, ve respectivo acuerdo de improceden firma del C. Delegado Estatal del In	erificada la ciro cia del otorga estituto y a no	cunstancia citada en imiento de la pensión tificarlo formalmente a	el punto que an o solicitada, y so al interesado.	ntecede, prod ometerlo a l	ceda a elaborar el a consideración y			
<u>14</u>	del año	a los 17_	15		_dias del mes de			
El Medico de Medicina del Trabajo		<u></u>	·					
NOMBRE 19								
Cédula Profesional:	20	Reg. Sría. Salud:	21					
Clave:22	)							
<u></u>								
c.c.p C. Jefe de Servicios de Se Subdelegado de Prestacio Centro de Adscripción del	nes Oficinas	3	Oficinas					
				FC	DRMATO RT-06A			
DEPARTAMENTO DE PENSIONES, S	SEGURIDAD							
E HIGIENE					TIPO B			



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autori	zación	No. de Página
		Día	Mes	Año	No. de ragilia
		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 palabr "enfermedad".						
4	SUFRIDO EL	Él número del día en que ocurrió el accidente o se presento 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



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autor	zación	No. de Página
		Día	Mes	Año	No. de Fagilia
		21	12	2007	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: 21, 36, 40, 102.					
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: Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos.					

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autori	zación	No. de Página
		Día	Mes	Año	No. de ragilia
		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 digito 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 Secretaria de Educación Pública, ejemplo: 13521847.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha de au		de autori	zación	No. de Página
ŭ			Día	Mes	Año	No. de Pagilla
			21	12	2007	4135

Instru	ctivo de formato: Dictamen de Imp	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 qu Subdirección de Recursos Humanos al dictamen.	e le haya asignado la médico que emite el			

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autori	zación	No. do Dágina
<b>3</b>		Día	Mes	Año	No. de Página
		21	12	2007	4136

TOCALIDAD C.F. COLONIA_ LOCALIDAD C.F. MPIO. G DELIC. POLITICA G.F. MPIO. G DELIC. POLITICA		
ADDIRECCION CENRAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS, SOCIALESY CULTURALES  PARA DOS EXCLUSIVO DEL MEDICO TRAINANTE  LLENESE A MAOUINA  1, IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR  APELLIDO MATERNO  APELLIDO MATERNO  APELLIDO MATERNO  NOMBRE (S)  1.1. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR  R.F.C. 1006 SCAO  SOMECHIO PAPTICIDAR  No EXX. No. INT	CERTIFICADO MEDICO DE INV. AJENO AL TRABAJO O DE INC. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA	ALIDEZ POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE APACIDAD PERMANENTE O DEFUNCION SCO DE TRABAJO.
T. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR  APELLIDO MATERNO  APELLIDO MATER	SUDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOM	IICAS, SOCIALES Y CULTURALES
APELLIDO PATERNO  APELLIDO MATERNO  1.1. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR  1.2. DATOS DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD  NOMBRE DE LA DEPENDENCIA  NOMBRE D		
R.F.C. EDAD SEXO   NOW BELLOW		MATERNO NOMBRE (S)
DOMERIC DO PROTICUIAS    No. INT.   No. INT.	1.1. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR	1.2. DATOS DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD
DOMERIC DO PROTICUIAS    No. INT.   No. INT.	R.F.C. IDAD SINO	
COLONIA LIDICALIDAD LIDICALIDA		NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCION
COLONIA  LOCALIDAD  MPIO, O DELIC. POLITICA  MPIO, O DELIC. POLITICA  ENTIDAD FEDERATIVA  TILEFONO  1.3. UNIDAD MEDICA DE ADSCRIPCION:  2. DIAGNOSTICO MEDICO  2.1. DESCRIBUR RESUMEN CLINICO, EXAMENES DE CARINETE Y LABORATORIO E INTERCONSULIAS DE APONO, PRICCISANDO FECRAS  2.2. DIACNOSTICO FINAL.  2.3. SE CONCEDEIRI) LICENCIAIS) MEDICA(S) SI NO NUMERIO DE LICENCIAS DIAS AMPARADOS  3. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y ELABORACION  NOMBRE, CLAYE Y FRIMA AUTOGRAÑA DEL  MEDICO TERRANTE  LESPECIALIDAD  STALO DE TA SURDIRECCION MEDICA DE LA UNIDAD  DIA MES AÑO  ENTERGISESE A ASEGURADORA HIDAI CO, S.A. DE C.Y. SOLO EN CASO DE DICEMEN DE INVALIDAZIO O INCANCIDAD TOTAL Y PERMANENTE	No. EXE. No. INC.	NUMERO DE RAMODOMICILIO
IOCALIDAD  C.P.  INTIDAD FEDERATIVA  TELEFONO  1.3. UNIDAD MEDICA DE ADSCRIPCION:  2. DIAGNOSTICO MEDICO  2.1. DESCRIBRE RESUMEN CLÍNICO, EXAMENES DE GABINETE Y LABORATORIO E INTERCONSULIAS DE APOXO, PRECISANDO FECRAS  3. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y ELABORACION  NOMBRE, CLAYE Y FIRMA AUTOGRATA DEL NURDINECTOR  MEDICO TRADATE  CSPÉCIALIDAD  STALO DE LA SURDIRECCIOR MEDICA DE LA UNIDAD  DEA MES AÑO  ENTERGUESE A ASEGURADORA HIDALCO, S. A. DE C.Y. SOLO EN CASO DE DICEMEN DE INVALIDAZIO DI CANACIDAD TOTAL Y FERMANENTE.	COLONIA	El Distriction of the Control of the
MPIO. O DELEC. POLITICA ENTIDAD FEDERATIVA TELFONO  1.3. UNIDAD MEDICA DE ADSCRIPCIONI  2. DIACNOSTICO MEDICO  2.1. DESCRIBBR RESUMEN CLÍNICO, EXAMENES DE GABINETE Y LABORATORIO E INTERCONSULIAS DE APOYO, PHECISANDO FECNAS  2.2. DIACNOSTICO FENAL.  2.3. SE CONCEDEIN) (ICENCIAIS) MEDICAIS) SI NO NUMERO DE LICENCIAS DIAS AMPARADOS  3. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y ELABORACION  NOMBRE, CLAVET FIRMA AUTOGRAFA DEL MEDICO DE LA UNIDAD  ESPÉCIALIDAD  STALO DE LA SUBDIRECCION MEDICA DE LA UNIDAD  DIA MES AÑO  ENTERGUESES A ANGURADORA HIDALGO, S.A. DE C.Y SOLO EN CASO DE DICEMBEN DE INVALIDEZ O INCANCIDAD TOTAL Y PERMANENTE	TOCALIDAD C.F.	
TELEFONO	MPIO. G DELEC. POLITICA	
2.2. DIACNOSTICO MEDICO  2.1. DESCRIBIR RESUMEN CLINICO, EXAMENES DE GARINETE Y LABORATORIO E INTERCONSULTAS DE APOIO, PRECISANDO FECRAS  2.2. DIACNOSTICO FINAL.  2.3. SE CONCEDEIN) LICENCIAIS) MEDICAIS) SI NO NUMERO DE LICENCIAS DIAS AMPARADOS  3. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y ELABORACION  NOMBRE, CLAYE Y FIRMA AUTOCRATA DEL MIRIORIO MEDICO TRADATE MEDICO TRADATE  ESPÉCIALIDAD  SELLO DE TA SUBDIRECCION MEDICA DE LA UNIDAD  CIA MES ARO  ENTERGUESTA A ASSOCIRADORA HIDALGO, S.A. DE C.V. SOLO EN CASO DE DICEMEN DE INVALIDEZ O INCAMICIDAD TOTAL Y PERMANENTE	ENTIDAD FEDERATIVA	ENTIDAD FEDERATINA
2.1 DIACNOSTICO MEDICO  2.1 DESCRIBBR RESUMEN CLÍNICO, EXAMENES DE GABINETE Y LABORATORIO E INTERCONSULTAS DE APONO.  PRECISANDO FECHAS  2.2 DIACNOSTICO FINAL.  2.3 SE CONCEDEIN) LICENCIA(S) MEDICA(S) SI NO NUMERO DE LICENCIAS DIAS AMPARADOS  3. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y ELABORACION  NOMBRE, CLAVE Y TIRMA AUTOGRAFA DEL MEDICO TRAIANTE  SPECIALIDAD  SPILOTIR TA SUNDIRECCIÓN MEDICA DE LA UNIDAD  ESPÉCIALIDAD  DIA MES AÑO  ENTERGUESE A ASEGURADORA HIDALCO, S.A. DE CY SOLO EN CASO DE DICEMEN DE INVANCIDAD IDEAT Y PERMANENTE	THEFONO,	TILIFONO
2.1 DIACNOSTICO MEDICO  2.1 DESCRIBBR RESUMEN CLÍNICO, EXAMENES DE GABINETE Y LABORATORIO E INTERCONSULTAS DE APONO.  PRECISANDO FECHAS  2.2 DIACNOSTICO FINAL.  2.3 SE CONCEDEIN) LICENCIA(S) MEDICA(S) SI NO NUMERO DE LICENCIAS DIAS AMPARADOS  3. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y ELABORACION  NOMBRE, CLAVE Y TIRMA AUTOGRAFA DEL MEDICO TRAIANTE  SPECIALIDAD  SPILOTIR TA SUNDIRECCIÓN MEDICA DE LA UNIDAD  ESPÉCIALIDAD  DIA MES AÑO  ENTERGUESE A ASEGURADORA HIDALCO, S.A. DE CY SOLO EN CASO DE DICEMEN DE INVANCIDAD IDEAT Y PERMANENTE	1.3. UNIDAD MEDICA DE ADSCRIPCION:	
2.1. DESCRIBBR RESUMEN CLINICO, EXAMENES DE CABINETE Y LABORATORIO E INTERCONSULTAS DE APONO, PRECISANDO FECHAS  2.2. DIACNOSTICO FINAL.  2.3. SE CONCEDENI) LICENCIAIS) MEDICAIS) SI NO NUMERO DE LICENCIAS DIAS AMPARADOS  3. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y ELABORACION  NOMBRE, CLAYE Y FIRMA AUTOGRADA DEL MEDICO TRAIANTE  NOMBRE, CLAYE Y FIRMA AUTOGRADA DEL MEDICO TRAIANTE  ESPÉCIALIDAD  STILO DE TA SUBDIRECCION MEDICA DE LA UNIDAD  DIA MES AÑO  ENTERGIESE A ASSEGURADOBA HIDAICO, S.A. DE C.Y SOLO EN CASO DE DICEMBEN DE INVALIDEZ O INCANACIDAD TOTAL Y PERMANENTE		The contract of the Contract of the contract of
2.3. SE CONCEDEIRI LICENCIAIS) MEDICAIS) 53 NO NUMERO DE LICENCIAS DIAS AMPARADOS  3. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y ELABORACION  NOMBRE, CLAYE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL NOMBRE, CLAYE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL SUBDIRECTOR MEDICO TRAIANTE  ESPÉCIALIDAD  SELLO DE TA SUBDIRECCION MEDICA DE LA UNIDAD  DIA MES AÑO  ENTERGIIESE A ASSIGURADOBA HIDAIGO, S.A. DE C.Y SOLO EN CASO DE DICEMEN DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	PRECISANDO FECRAS	ETE Y LABORATORIO E INTERCONSULIAS DE APOYO,
NOMBRE, CLAVE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL  NOMBRE, CLAVE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL NUBBERFECTOR  NOMBRE, CLAVE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL NUBBERFECTOR  MEDICO TRAGANTE  STILO DE TA SURIDIRECCION MEDICA DE LA UNIDAD  DIA MES AÑO  ENTERGIJESE A ASSEGURADORA HIDAIGO, S.A. DE C.V. SOLO EN CASO DE DICEMEN DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.	PRICISANDO FECHAS	ETE Y LABORATORIO E INTERCONSUEIAS DE APONO,
NOMBRE, CLAYE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL  NOMBRE, CLAYE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL SUBDIRECTOR  MEDICO TRAFANTE  STILO DE TA SURDIRECCION MEDICA DE LA UNIDAD  DIA MES AÑO  ENTERGIJESE A ASSEGURADORA HIDAIGO, S.A. DE C.V. SOLO EN CASO DE DICEMEN DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	PRECISANDO FECRAS	ETE V LABORATORIO E INTERCONSULIAS DE APONO,
ESPÉCIALIDAD  STILO DE TA SUIDIRECCIÓN MEDICA DE LA UNIDAD  DIA MES AÑO  ENTERGIIESE A ASSIGURADORA HIDAIGO, S.A. DE C.V. SOLO EN CASO DE DICEMEN DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	PRECISANDO FECHAS  2.2. DIACNOSTICO FINAL.	
ESPÉCIALIDAD  STILO DE TA SUIDIRECCIÓN MEDICA DE LA UNIDAD  DIA MES AÑO  ENTERGIIESE A ASSIGURADORA HIDAIGO, S.A. DE C.V. SOLO EN CASO DE DICEMEN DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	2.2. DIACNOSTICO FINAL.  2.3. SE CONCEDEIN) LICENCIA(S) MEDICA(S) SI NO	NUMERO DE LICENCIAS DIAS AMPARADOS
ENTERGIESE A ASEGURADORA HIDALCO, S.A. DE C.V. SOLO EN CASO DE DICTAMEN DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	2.2. DIACNOSTICO FINAL.  2.3. SE CONCEDEIN) LICENCIA(S) MEDICA(S) SI NO	NUMERO DE LICENCIAS DIAS AMPARADOS
	2.2. DIAGNOSTICO FINAL.  2.3. SE CONCEDEIN) LICENCIA(S) MEDICA(S) SI NO  3. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y EL  NOMBRE, CLAVET FIRMA AUTOGRAFA DEL  MEDICO TRASANTE  LSPÉCIALIDAD	NUMERO DE LICENCIAS DIAS AMPARADOS  ABORACION  NOMBRE, CLAVE Y FIRMA AŬ FOGRAFA DEL SUBDIRECTOR MEDICO DE LA UNIDAD  SELLO DE LA SUBDIRECCION MEDICA DE LA UNIDAD
	2.2. DIACNOSTICO FINAL.  2.3. SE CONCEDEIN) LICENCIA(S) MEDICA(S) SI NO  3. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y EL  NOMBRE, CLAVEY FIRMA AUTOGRAFA DEL  MEDICO TRAINNIE  CSPÉCIALIDAD  DIA M.	NUMERO DE LICENCIAS DIAS AMPARADOS DIAS AMPARADOS NOMBRE, CLAVE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL SUBDIRECTOR MEDICO DE LA UNIDAD SELLO DE TA SUBDIRECCION MEDICA DE LA UNIDAD SEL AÑO
UMERO DE FOJAS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE	2.2. DIAGNOSTICO FINAL.  2.3. SE CONCEDEIN) LICENCIAIS) MEDICAIS) SI NO  3. RESPONSABLES DE LA INFORMACION Y EL  NOMBRE, CLIVEY FIRMA AUTOGRAFA DEL  MEDICO TRAIANTE  ESPÉCIALIDAD  DIA M  ENTREGUESE A ASEGURADORA HIDALGO, S.A. DE C.Y. SOLO EN CA	NUMERO DE LICENCIAS DIAS AMPARADOS DIAS AMPARADOS DE LA BORACION  NOMBRE, CLAVE Y FIRMA AUTOCRAFA DEL SUBDIFFECTOR MEDICO DE LA UNIDAD  SFLEO DE TA SUBDIRECCIOR MEDICA DE LA UNIDAD  ES ASO  LES ASO  LE

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD
F HIGIENE



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización		No. de Página	
ŭ		Día	Mes	Año	No. de Pagilla
		21	12	2007	4137

	EL MEDICO RESPONSABLE	DE MEDICINA	98 SALES SAL
4. INFORMACION LABORAL DEL	TRABAJADOR	//////www.ise	REVERSO
4.1. OCUPACION ACTUAL Y TIEMPO	DE EJERCERLA		
4.2. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES			
5- DICTAMEN MEDICO	11.250 (620g) - 11.250	r neas na naas na has n h <sub>e</sub> Commac Dallina	
9.1 NATURALEZA DEL RIESGO AJENO AL TRABAJO DE TRABAJO  5.4 FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O	5.2 CLASE DE RIESGO ENFERMEDAD  ACCIDENTE  O PROBABLE INICIO DE LA ENF	CON A EJERC EN TR.	EL RIESGO SE PRESENTO IOTIVO O EN ICIO DE SU TRABAJO WECTO IOTIVO DE SU TRABAJO WECTO IOTIVO DE SU TRABAJO IOTIVO
		1.180.0011100.201118	All participation of the
9.5 EL C. 7 (C)	DICTAMEN		
6. TIPO DE INVALIDEZ O INCAPA	ACIDAD		
6.1 ESTE PADECIMIENTO PROVOCE		EACL WHEEL WHEE	CARLO OF THEST PORT DIMENTING
MUERIE INCAPACIDA	D PARCIAL PERMANENTE	CAMBIO DE ACT	
6.2 NUMERAL Y PORCENTAJE DE VAL			
NUMERAL	UACION CONFORME AL ARTIC	ULO 514 DE LA LE	Y FEDERAL DEL TRABAJO DESCRIPCION
		THE SHITTE	
6.3 INCAPACIDAD PERMANENTE		LETRA	
6.3 INCAPACIDAD PERMANENTE SUMA DE PORCENTAJES	PORCENTALE	A Constitution of the Cons	DESCRIPCION  TERMITIE
6.3 INCAPACIDAD PERMANENTE	NUMERO NUMERO	A Constitution of the Cons	FECHA DE INICIO DIA MES AÑO FECHA
6.3 INCAPACIDAD PERMANENTE SUMA DE PORCENTAJES 7. DEFUNCION	NUMERO	LETRA LETRA	FECHA DE INICIO DIA MES AÑO
6.3 INCAPACIDAD PERMANENTE SUMA DE PORCENTAJES 7. DEFUNCION CAUSAS:	NUMERO NUMERO	LETRA ITHE	FECHA DE INICIO DIA MES AÑO FECHA
6.3 INCAPACIDAD PERMANENTE SUMA DE PORCENTAJES 7. DEFUNCION CAUSAS:	NUMERO  NUMERO	LETRA LETRA	FECHA DE INICIO DIA MES AÑO FECHA
6.3 INCAPACIDAD PERMANENTE SUMA DE PORCENTAJES 7. DEFUNCION CAUSAS: 8.RESPONSABLES	NUMERO  NUMERO  NUMERO  NUMERO  PORCENTALE  PORCENTALE	LETRA  LUGARY FECH  ADD PARA LA EJECUCION DEL DERSCHO A PRESE	FECHA DE INICIO  DIA MES AÑO  FECHA  DIA MES AÑO  A EN QUE SE ELABORO EL DICIAMEN  DE PROCEDIMIENTOS JURIDICO
NUMERAL  6.3 INCAPACIDAD PERMANENTE  SUMA DE PORCENTAJES  7. DEFUNCION  CAUSAS:  8. RESPONSABLES  NOMBRE, CLAVEY FIRMA AUTOCRAFA DEL MEDIO DE MEDICINA DEL TRABATO QUE ENPIDE  IMPORTANTE EL PRESENTE DICTAMEN CUBRE RE ADMINISTRATIVOS DEL ISSSTE, EN TAL VIRTUD SE	NUMERO  NUMERO  HICO RESPONSABLE EL DICOMEN  DICOMEN DI CONTRA POR SI MISMO PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADUE  PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADUE	LETRA  LUGARY FECH  ADD PARA LA EJECUCION DEL DERSCHO A PRESE	FECHA DE INICIO  DIA MES AÑO  FECHA  DIA MES AÑO  A EN QUE SE ELABORO EL DICIAMEN  DE PROCEDIMIENTOS JURIDICO
NUMERAL  6.3 INCAPACIDAD PERMANENTE  SUMA DE PORCENTAJES  7. DEFUNCION  CAUSAS:  8.RESPONSABLES  NOMBRE, CLAVE Y FIRMA AUTOGRAFA DEL MED DE MEDICINA DEL TRABATO ODE EMPIDE  IMPORTANTE EL PRESENTE DICIAMEN CUBRE RE ADMINISTRATIVOS DEL ISSSEE, EN TAL VIRTUD SE  NOTAJESTE DOCUMENTO CARRECE DE VALIDEZ SE	NUMERO  NUMERO  ICO RESPONSABLE EL DICTOMEN  DUSTRIDO INFORMATIVO Y DE FORMATE EL EXPEDICION NO GINERA POR SI MISMO PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADUR  E	LUCAR Y FECH DAD PARA LA DECUCION DEL DERECHO A PRESIA RAS	FECHA DE INICIO DIA MES AÑO  FECHA  DIA MES AÑO  A EN QUE SE ELABORO EL DICIAMIN  DE PROCEDIMIENTOS JURIDICO CIONES ECONOMICAS



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autori	zación	No. de Página
		Día	Mes	Año	No. ue ragilia
		21	12	2007	4138

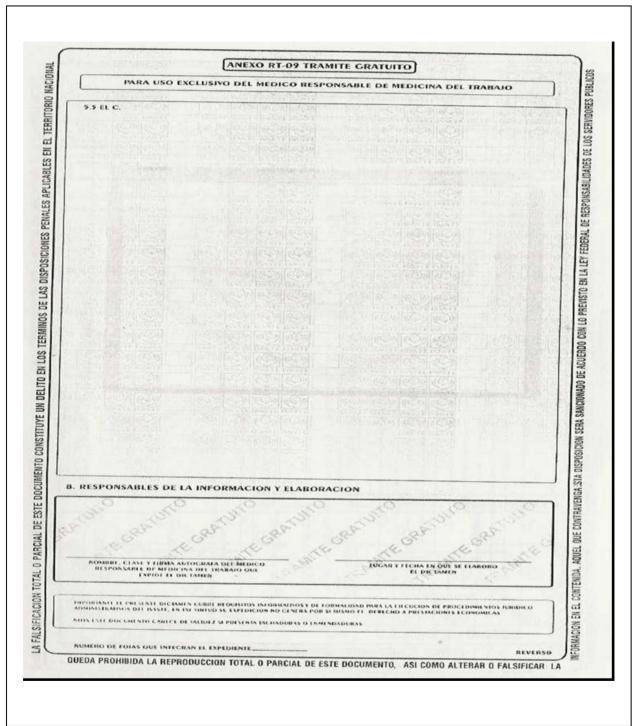
00	ANEXO RT-09 TRAMITE GRATUITO					
CERTIFICADO MEDICO DE INVALIDEZ POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE AJENO AL TRABAJO O DE INCAPACIDAD PERMANENTE O DEFUNCION POR RIESGO DE TRABAJO.  SSSTE  UNDIRECCION GENERAL MEDICA						
SUDIRECCION GENERAL DE	E PRESTACIONES ECONOMICAS, SOCIALES Y CULTURALES					
	PARA USO EXCLUSIVO DEL MEDICO TRATANTE  LLENESE A MAQUINA					
1. IDENTIFICACION DE	L TRABAJADOR					
APELLIDO PATERN	NO APELLIDO MATERNO NOMBRE					
2. DIAGNOSTICO MEDI	ICO  IICO, EXAMENES DE CABINETE Y LABORATORIO E INTERCONSULTAS DE APOND,					
NOMBRE, CLAVE Y DIE MEDIE  ESPECIA  NOMBRE, CLAVE Y FIRE SUNDIRECTOR MEDI	IMA AUTOGRAFA DEL DIA NES ARO					

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización		zación	No. de Página	
<b>3</b>		Día	Mes	Año	No. de Pagilla	
		21	12	2007	4139	





## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No do Dágino		
ŭ		Día	Mes	Año	No. de Página		
		21	12	2007	4140		

d. Cédula de Incorpe  Pensión p  No. de Control (2)  ALTA EN NOMINA DE RIESGOS I	or Riesgo	o del T		+	legación de Pi	restaciones	
R. F. C.       (3)         +					•		
Letras Números		1 1	1 1 1	1 1 1 1		i	
Nombre (4)	que gene	ró el d	lerecho a	la pensión )			
Tipo de Beneficio Autorizado							
INFORMACION COMPLEMENTARIA P	ARA DI	RECTO	s				
A A M M D D		RECTO	)S A A M	м рр		(10)	
Sexo Primera Cotización ISSSTE-Ramo  A A - M M - D D	+ (17)	L	A A M	M D D +(18) in ISSSTE -		(19)	
	+ (17) Fecha +	 	A A M	in ISSSTE -		(19)	
Sexo Primera Cotización ISSSTE-Ramo Fecha Tiempo de Servicios (20) (21)  Ultimo Sueldo Básico Mensual Cifras de Control	+ (17) Fecha +	Ul Luota Di:	A A M	in ISSSTE -	<b>]</b> 		
Sexo Primera Cotización ISSSTE-Ramo Fecha Tiempo de Servicios (20) (21)  Ultimo Sueldo Básico Mensual Cifras de Control  INFORMACION COMPLEMENTARIA  (24)  INFORMACION COMPLEMENTARIA  (25)  Cuota Diaria Original del Deudo  REPORTAR POR CADA DEUDO LO S	+ (17) Fecha  PARA DI	UI Cuota Di:	A A M	in ISSSTE - L L L L L L L L L L L L L L L L L L			
+(15) A A - M M - D D Primera Cotización ISSSTE-Ramo Fecha Tiempo de Servicios (20) (21)  Ultimo Sueldo Básico Mensual  (24) INFORMACION COMPLEMENTARIA  (25)  Cuota Diaria Original del Deudo Dígito de no Vigencia del Directo  REPORTAR POR CADA DEUDO LO S  PERSONALIDAD DE LOS DEU	+ (17) Fecha  PARA DI	UI Cuota Di:	A A M Itima Cotizació  (22)  aria Original d  de Fallecimin	in ISSSTE - L L L L L L L L L L L L L L L L L L	VENCIMIENTO AA - MM		
Sexo Primera Cotización ISSSTE-Ramo Fecha Tiempo de Servicios (20) (21)  Ultimo Sueldo Básico Mensual Cifras de Control  INFORMACION COMPLEMENTARIA  (24)  INFORMACION COMPLEMENTARIA  (25)  Cuota Diaria Original del Deudo  REPORTAR POR CADA DEUDO LO S	+ (17) Fecha  +  PARA DI  GIGUIENTI  BOS	Cuota Dia	A A M  (22)  aria Original d  de Fallecimin  del Causante	el Directo  (26) eto		(23)	
A A - M M - D D   Primera Cotización ISSSTE-Ramo   Primera Cotización ISSSTE-Ramo   Primera Cotización ISSSTE-Ramo   Primera Cotización ISSSTE-COU   C21   Primera Cotización ISSSTE-COU   Primera Cotización ISSSTE-COU   Primera Cotización ISSSTE-COU   C21   Primera Cotización ISSSTE-COU   Primera Cotiz	+ (17) Fecha  +  PARA DI  GIGUIENTI  DOS  Carácter	Cuota Dia  EUDOS  Fecha  E	A A M  Itima Cotizació  (2½)  aria Original d  de Fallecimin del Causante	el Directo    (26)   eto   Fecha de Nacimiento   AA - MM - DD	AA - MM	(23)	
A A - M M - D D   Primera Cotización ISSSTE-Ramo   Primera Cotización ISSSTE-Ramo   Primera Cotización ISSSTE-Ramo   Primera Cotización ISSSTE-COU   C21   Primera Cotización ISSSTE-COU   Primera Cotización ISSSTE-COU   Primera Cotización ISSSTE-COU   C21   Primera Cotización ISSSTE-COU   Primera Cotiz	+ (17) Fecha  +  PARA DI  GIGUIENTI  DOS  Carácter	Cuota Dia  EUDOS  Fecha  E	A A M  Itima Cotizació  (2½)  aria Original d  de Fallecimin del Causante	el Directo    (26)   eto   Fecha de Nacimiento   AA - MM - DD	AA - MM	(23)	
A A - M M - D D   Primera Cotización ISSSTE-Ramo   Primera Cotización ISSSTE-Ramo   Primera Cotización ISSSTE-Ramo   Primera Cotización ISSSTE-COU   C21   Primera Cotización ISSSTE-COU   Primera Cotización ISSSTE-COU   Primera Cotización ISSSTE-COU   C21   Primera Cotización ISSSTE-COU   Primera Cotiz	+ (17) Fecha  +  PARA DI  GIGUIENTI  DOS  Carácter	Cuota Dia  EUDOS  Fecha  E	A A M  Itima Cotizació  (2½)  aria Original d  de Fallecimin del Causante	el Directo    (26)   eto   Fecha de Nacimiento   AA - MM - DD	AA - MM	(23)	
A A - M M - D D   Primera Cotización ISSSTE-Ramo   Primera Cotización ISSSTE-Ramo   Primera Cotización ISSSTE-Ramo   Primera Cotización ISSSTE-COU   C21   Primera Cotización ISSSTE-COU   Primera Cotización ISSSTE-COU   Primera Cotización ISSSTE-COU   C21   Primera Cotización ISSSTE-COU   Primera Cotiz	+ (17) Fecha  +  PARA DI  GIGUIENTI  DOS  Carácter	Cuota Dia  EUDOS  Fecha  E	A A M  Itima Cotizació  (2½)  aria Original d  de Fallecimin del Causante	el Directo    (26)   eto   Fecha de Nacimiento   AA - MM - DD	AA - MM	(23)	
A A - M M - D D   Primera Cotización ISSSTE-Ramo   Primera Cotización ISSSTE-Ramo   Primera Cotización ISSSTE-Ramo   Primera Cotización ISSSTE-COU   C21   Primera Cotización ISSSTE-COU   Primera Cotización ISSSTE-COU   Primera Cotización ISSSTE-COU   C21   Primera Cotización ISSSTE-COU   Primera Cotiz	+ (17) Fecha  +  PARA DI  GIGUIENTI  DOS  Carácter	Cuota Dia  EUDOS  Fecha  E	A A M  Itima Cotizació  (2½)  aria Original d  de Fallecimin del Causante	el Directo    (26)   eto   Fecha de Nacimiento   AA - MM - DD	AA - MM	(23)	
A A - M M - D D   A A - M M - D D	+ (17) Fecha  +  PARA DI  GIGUIENTI  DOS  Carácter	EUDOS Fecha GE Sexo (29)	A A M  Itima Cotizació  (2½)  aria Original d  de Fallecimin del Causante	el Directo    (26)   eto   Fecha de Nacimiento   AA - MM - DD	AA - MM	(23)	

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

digo:	Versión:		Fecha de autorización Día Mes Año			בע מה אות ו		
			21	12	<b>Año</b> 2007	4141		
			<u> </u>	12	2007	4141		
FORMA	TO ESTADISTICO SOBRE ACCIDENTES Y	ENFERME	EDADE	S DEL	ГКАВАЈО			
	DATOS DEL TRABAJ	ADOR						
		(38.2)						
1) PUESTO(38.1)	2) ANTIGUEDAD EN EL PUESTO			3) TUR	NO	(38.3)		
	A	A A M N	И					
	DATOS DE LA DEPENI	DENCIA						
4) NO. DE C. M. S. H. (3		1 1 1	1 1	I				
THO. DE C.M.S.H.	ENT. FED. RAMO CONSECUTIVO		ÑO					
	L (20.5)					,		
5) NOMBRE DEL CENTR	RO DE TRABAJO (38.5)							
(*)	DATOS DEL ACCIDENTE O E	ENFERME	DAD					
6) TIPO DE TRAMITE	38.6)   7) FECHA DEL ACCIDENTE O ENFE	RMEDAD			I I I I	(38.7)		
	(38.8)	38.9)	,	A A	M M D D	DS (38.10)		
8) HORA DEL ACCIDE			PO DE A	ACCIDEN	TE O ENFERM			
o) HORN DEL MECIDE	THE TOTAL MESON	10) 11	I O DE 1	ICCIDEN	IE O ENTER			
	(38.11)	(38.12)	)			(38.13)		
11) AGENTE DE RIESG	O 12) CONDICION O ACTO INSEGUI	RO	13)	TIPO DI	LESIONES			
	(38.14)	(38.15)	)			(38.1)		
14) PARTE DEL CUERPO	O AFECTADA     15 ) DIAS DE INCAPACIDAD			APARAT(	DE PROTES	*		
,			_					
	(38.17)7		(38.					
17) IMPORTE\$	18) PAGO CIN	NCO ANUALI	DADES					

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

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

Instru	ctivo de formato: Cédula de Incorpo	Clave del formato: RT-10					
NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE					
1	NÚMERO DE CONTROL	Número compuesto de 7 dígitos; los dos primo corresponden a la Subdelegación de Prestaciones, donde realiza el trámite, los siguientes dos determinan el mes inclusión a nómina; y los tres restantes, el número de consecutivo de recepción de la solicitud de pensión.					
2	DELEGACIÓN	Nombre de la Entidad Federativa donde se encuen ubicada la Subdelegación de Prestaciones Estatal Metropolitana.					
3	R.F.C	El Registro Federal de Contribuyentes perteneciente trabajador que generó el derecho a la pensión, de acucon las reglas establecidas por la Secretaría de Hacien Crédito Público.					
4	NOMBRE	Apellido paterno, materno y nombre (s) de la persona q generó el derecho a la pensión (trabajador accidentado fallecido).					
5	TIPO DE BENEFICIO AUTORIZADO	La clave que identifica la pensión otorgada al beneficia compuesta por tres dígitos, conforme a la relación de cla anexa.					
6	NÚMERO DE PENSIONISTA	El número integrado por 6 dígitos, qua automáticamente.	ue asigna el Sistema				
7	R.F.C DE COMPATIBILIDAD	Se requisitará únicamente cuando el s R.F.C de compatibilidad, el cual apared validación, en su caso.					
8	DEUDO DE COMPATIBILIDAD	No requisitar.					
9	LOCALIDAD DE PAGO	La clave de la población o ciudad, en pago de la pensión mensual, el cual misma que se deberá consultar Localidades y Sucursales actualizado.	consta de 6 dígitos,				

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

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



### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización		No. de Página	
<b>3</b>		Día	Mes	Año	No. ue Pagilla
		21	12	2007	4144

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

NOMBRE	
	DEBE ANOTARSE
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.
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.
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.
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.
	ÚLTIMA COTIZACIÓN ISSSTE- FECHA  TIEMPO DE SERVICIOS  ÚLTIMO SUELDO BÁSICO MENSUAL (NO DEBERÁ EXCEDER EL IMPORTE DE



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

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



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

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



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización		zación	No. de Página
		Día	Mes	Año	No. de Pagilla
		21	12	2007	4147

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

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE				
		En los deudos menores de 18 años, se anotará la edad máxima en que podrán disfrutar de la pensión.				
		NOTA Se anotará el año con 2 dígitos y el mes con 2. Ejemplo: Nacimiento = 85-01 Vencimiento = 03-01				
		En deudos mayores de 18 anos, 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				
33	CIFRAS DE CONTROL	La suma de las claves y códigos numéricos que se localizan en el formato.				
34	DOMICILIO	En caso de pensión por incapacidad parcial o total permanente, el domicilio del (a) trabajador(a) o extrabajador (a).  - Calle - Número Exterior - Número Interior - Colonia - Código Postal - Población o Ciudad - Estado				
		Pensión por viudez por muerte del (a) trabajador(a), el domicilio del (a) viudo(a).				
		En pensión por orfandad, el domicilio del beneficiario de la pensión.				
		Pensión por ascendencia, el domicilio del ascendiente beneficiario de la pensión.				

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización		No. do Dágino	
		Día	Mes	Año	No. de Página
		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



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización		zación	No de Dégine		
3.			Día	Mes	Año		No. de Página
			21	12	2007		4149

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

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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización		No. do Dágino	
· ·		Día	Mes	Año	No. de Página
		21	12	2007	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	Ejemplo en caso de Modificación:  - 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.  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.  1 Lunes 2 Martes 3 Miércoles 4 Jueves 5 Viernes 6 Sábado 7 Domingo
38.8	HORA DEL ACCIDENTE	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
38.9	TIPO DE RIESGO	La clave que corresponda de acuerdo con el lugar donde haya ocurrido el accidente, o bien para indicar que se trata de una enfermedad laboral:  01 En Trayecto 02 Trabajo 03 Enfermedad

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	ТІРО В



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:	Fecha	de autori	e autorización		No. de Página	
· ·		Día	Mes	Año		No. de Payilla	
		21	12	2007		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 <sup>-</sup> 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



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

Código:	Versión:		Fecha de autorización			No do Dágino	
3			Día	Mes	Año	No. de Página	
			21	12	2007	4152	

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					

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

TIPO B

digo:	Versión: Fecha de autorización			No. de Pág	
			Día         Mes           21         12	<b>Año</b> 2007	4153
	e. Concesión o RIDAD Y SERVICIOS SOCIA DIRECCION GENERAL DE PR SUBDIRECCION D	LES DE LOS	TRABAJADOR S ECONOMICA		STADO
	CONCESION D		•		
ESTADO CON FUND	SEGURIDAD Y SERVICIOS AMENTO EN EL ARTICULO	150 FRACCIO	ON II DE SU I	LEY, CON	CEDE A
ASIGNANDOLE ELNU	MERO DE PENSIONISTA _				
	A DISFRUTAR LA PENSION: EFICIARIO		FECHA I DE LA P	DE TERMIN ENSION	10
PERIODO			ERIODO		OTA RIA
RADICANDOSE EL PA	AGO EN:				
FRACCION I DE LA L FALLECIMIENTO DE SOLO SERÁ TRAN	CON LO ESTABLECIDO EN EY DEL ISSSTE, LA PRESE L PENSIONISTA POR MOT SMITIDA A SUS DEUDOS ECTA DE LA CAUSA QUE OI	NTE PENSIOI IVOS AJENOS CUANDO E	N TENDRA CO S AL RIESGO EL DECESO	OMO TERM DE TRAI OCURRA	IINO EL BAJO Y
SELLO OFI	CIAL				
FECHA DE RE	ECEPCION	NOMBRE	Y FIRMA DEL	INTERESA	ADO
R.F.C. DE QUIEN GEI CURP:	NERO EL DERECHO A LA PE	NSION:			
					RTH
NOTA: Es un pr	oducto del sistema p	or lo que	no requie	e instru	ıctivo.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE



Código:

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

Versión:

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD

E HIGIENE

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

No. de Página

TIPO B

Fecha de autorización

Día Mes Año

			21	12	2007	4154
				•	<u> </u>	
f Liqu	iidación de Pago Prev	ia Incornoraci	ón a Nón	nina (RI	Γ_12)	
т. шүи	ildacion de l'ago i lev	ia incorporaci	on a Non	illia (IX	-12)	
	NSTITUTO DE SEGURI		IOSSOCI.	AL ES DE		
•		ADORES DEL E		ALES DE	-	
			0040104			
NOMBRE	UIDACION DE PAGO PI	REVIA INCORP	ORACION		INA DE PENS	ION
NUM. DE PENSIONISTA R.F.C.	A LO	CALIDAD		SUCL RAM	JRSAL O	
-	PERC	CEPCIONE	s			
CONCEPTO	PERIODO	CUOTA [			IMPO	RTF
CONCEI TO	LINODO	OOOTAL			IIVII O	
		TOTAL				
CONCEPTO		UCCIONES		ICLIAL		IMPORTE
	PERIODO	DESCUE	NTO MEN	ISUAL		IMPORTE
CONCEPTO						
CONCEPTO						
CONCEPTO		ТОТАІ	-			
CONCEPTO			- E PERCE	PCIONE	S	
CONCEPTO		TOTAL D	E PERCE			
CONCEPTO		TOTAL D	E PERCE			
CONCEPTO		TOTAL D	E PERCE			_
FECHA DE RECEPCION		TOTAL D TOTAL D IMPORTI	E PERCE E DEDUC E NETO	CIONES		 00
		TOTAL D TOTAL D IMPORTI	E PERCE E DEDUC E NETO	CIONES	•	
		TOTAL D TOTAL D IMPORTI	E PERCE E DEDUC E NETO	CIONES	•	 0O RT12
		TOTAL D TOTAL D IMPORTI	E PERCE E DEDUC E NETO	CIONES	•	
		TOTAL D TOTAL D IMPORTI	E PERCE E DEDUC E NETO	CIONES	•	
		TOTAL D TOTAL D IMPORTI	E PERCE E DEDUC E NETO	CIONES	•	
FECHA DE RECEPCION	cto del sistema r	TOTAL D TOTAL D IMPORTI	E PERCE E DEDUC E <b>NETO</b>	A DEL IN	TERESAL	RT12
	cto del sistema p	TOTAL D TOTAL D IMPORTI	E PERCE E DEDUC E <b>NETO</b>	A DEL IN	TERESAL	RT12



Código:

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

Versión:

#### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE **DELEGACIONES**

#### SUBDELEGACIÓN DE **PRESTACIONES**

Fecha de autorización

Código:	Versión:	Fecha de au		No. de Página				
		Día         Mes           21         12		4155				
		21 12	2007	4100				
g. Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Trabajo (RT-13)								
	NOMBRE D	EL TRABAJAD	OR:	1				
	EXPEDIEN	TE NÚMERO:		2				
	ACUERDO DE OTORGAMIEN PENSIÓN POR RIESGO DEL T	_						
VISTAS las pruebas documentales que obran en el expediente al rubro citado y con base en el dictamen formulado el día3 del mes de4 del año de5 por el C6 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) C7, 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 ) C8, en la modalidad de								
lesiones que se valúan en16% de disminución órgano-funcional, de acuerdo con los numerales17 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 el20% de valuación de secuelas asignado, da como resultado una cuota diaria pensionaria de \$1.  FORMATO RT-13								
DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SI E HIGIENE	EGURIDAD			TIPO B				



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

TIPO B

Código:	Versión:		] [	Fecha Día	de autoriz Mes	zación Año	No. de Página
				21	12	2007	4156
TERCERO La pensión respectiva	inicia su pago el día <sub>.</sub>	22	de _		<u>2</u> 3	_del año _	<u>24</u>
CUARTO El pago mensual corres							
l 1						, 	
Lugar <u>27</u>	a28_	de	29	(	del año	<u>30</u> _	
<b>QUINTO</b> Notifíquese al interesado recibo, adjuntando al respectivo oficilis fundamento.							
El Subdelegado de Pre	staciones				El Del	egado	
31					3	2	
						I	FORMATO RT-13

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD

E HIGIENE



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

# SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:		Fecha de autorización			No. do Dágina		
<b>3</b>			Día	Mes	Año	No. de Página		
			21	12	2007	4157		

Instructivo de formato: Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Clave del formato: Trabajo 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: marzo.							
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: 1995.							
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



### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

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

Instructivo de formato: Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Clave del formato: Trabajo RT-13 NO. **NOMBRE DEBE ANOTARSE** Se anotará en primer lugar el apellido paterno, en segundo lugar el apellido materno y al final el nombre o nombres. Ejemplo: Andrade Cruz Ismael. 7 PRESENTADA POR EL (LA) C. El nombre completo del solicitante de la prestación, el cual se tomará del numeral 3 de la solicitud. Se anotará en primer lugar el apellido paterno, en segundo lugar el apellido materno y al final el nombre o nombres. Ejemplo: Martínez de la Roca Salvador. 8 AL (LA) C. El nombre completo del beneficiario de la pensión por riesgo del trabajo. En los casos de incapacidad parcial permanente y total permanente debe coincidir con el dato que se anote en los numerales 1 y 11. En los casos de fallecimiento se anotará el nombre del primer familiar sobreviviente con derecho a la pensión, sea el cónyuge, hijo, ascendiente, etc. Se anotará en primer lugar el apellido paterno, en segundo lugar el apellido materno y al final el nombre o nombres. Ejemplo: Dávalos Villalpando Catalina. 9 EN LA MODALIDAD DE El nombre del tipo de pensión que corresponda de acuerdo con las consecuencias producidas por el riesgo del trabajo pudiendo ser: Incapacidad parcial permanente. Incapacidad total permanente. Viudez. Viudez y orfandad. Orfandad. Concubinato.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



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

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Clave del formato:

Código:	Versión:		Fecha de autorización			No do Dágino		
<b>3</b>			Día	Mes	Año	No. de Página		
			21	12	2007	4159		

Trabajo RT-13 NO. **NOMBRE DEBE ANOTARSE** Concubinato y orfandad. Ascendencia. Ejemplo: orfandad. POR EL ACCIDENTE O 10 Marcar con una equis "x" el espacio que corresponda, según **ENFERMEDAD** el trabajador haya sufrido un accidente o una enfermedad. 11 SUFRIDO POR 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: Galeana Díaz Patricia. EL DÍA 12 El número del día en que ocurrió el accidente o se presentó la enfermedad. Se utilizarán dos dígitos del 01 al 31, ejemplo: 22. **DEL MES DE** 13 El nombre del mes en que haya ocurrido el accidente o se presento la enfermedad. No deberán usarse números, ejemplo: enero. El número del año en que ocurrió el accidente o se presentó **DEL AÑO** 14 la enfermedad. Se utilizarán 4 dígitos, de 1994 en adelante, ejemplo: 1995.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:		Fecha de autorización			No. de Página
			Día	Mes	Año	No. de ragilia
			21	12	2007	4160

Instructivo de formato: Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Clave del formato: Trabajo 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 Lev 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: rigidez articular de la rodilla derecha que no permite la extensión. Amitrofia del hombro derecho sin anguilosis ni rigidez articular. LESIONES QUE SE VALÚAN 16 La suma de los porcentajes que para cada una de las lesiones registradas en el punto anterior establezca en el ΕN 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 50%. DE ACUERDO A LOS 17 El número asignado en el artículo 514 de la Ley Federal del **NUMERALES** 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

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B

176, 135.



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

# SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:		Fecha de autorización			No de Dégine		
3.			Día	Mes	Año	No. de Página		
			21	12	2007	4161		

Instructivo de formato: Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del 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: \$ 1,874.20.
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: \$ 62, 473.33.
20	MULTIPLICADO POR	El porcentaje de valuación de secuelas asignado.  Debe coincidir con el dato registrado en el numeral 16.  Ejemplo: 50%.
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
	ļ	



24

DEL AÑO DE

#### 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	No. de ragilia
		21	12	2007	4162

Instructivo de formato: Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Clave del formato: Trabajo RT-13 NO. **NOMBRE DEBE ANOTARSE** Salario diario x porcentaje de valuación = cuota diaria. Ejemplo:  $62.473.33 \times 50\% = 31.236665$ . Redondeado 31.24 Por lo tanto se anotará \$ 31.24. 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 PERMANANTE O DEFUNCIÓN POR RIESGO DE TRABAJO" (RT-09). 22 El número del día en que inicia el pago de la pensión. A PARTIR DEL DÍA Se utilizarán dos dígitos del 01 al 31, ejemplo: 22. 23 El nombre del mes en que inicia el pago de la pensión. **MES** No deberán utilizarse números, ejemplo: enero.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B

Ejemplo: 1995.

El número del año en que inicia el pago de la pensión.

Se utilizarán cuatro dígitos de 1994 en adelante.



Trabajo

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

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

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Clave del formato:

RT-13

Código:	Versión:	Fecha de autorización		No. do Dágino	
<b>3</b>		Día	Mes	Año	No. de Página
		21	12	2007	4163

NO. **NOMBRE DEBE ANOTARSE** SE RADICARÁ EN: 25 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, eiemplos: 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. DÍA 28 El número de día en que se elabora el acuerdo. Se utilizarán dos dígitos del 01 al 31, ejemplo: 20. **MES** 29 El nombre del mes en que se elabora el acuerdo. No deberán utilizarse números.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B



### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización		No. de Página	
· ·		Día	Mes	Año	No. de Pagilla
		21	12	2007	4164

Instructivo de formato: Acuerdo de Otorgamiento de Pensión por Riesgo del Clave del formato: Trabajo RT-13 NO. **NOMBRE DEBE ANOTARSE** AÑO DE 30 El número de año en que se elabora el acuerdo. Se utilizarán cuatro dígitos de 1994 en adelante. Ejemplo: 1995. 31 EL SUBDELEGADO DE El nombre completo y firma autógrafa del subdelegado de **PRESTACIONES** prestaciones. Ejemplo: Lic. Antonio Argüelles Acosta. **EL DELEGADO** El nombre completo y firma autógrafa del delegado estatal o 32 regional en el D.F. Ejemplo: Roberto García Arteaga.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	TIPO B