

# DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES. REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO (COMISIÓN)



## **FORMATO RT-03 C**

(ANEXO 8)

SUBDI	ELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN:
	AJADOR:
IKADA	AJADOR
	RFC TELÉFONO FECHA DE SOLICITUD (RT01)
	NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO
	REQUISITOS
	(ART. 15, 16 Y 17 DEL REGLAMENTO DE DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E
	INVALIDEZ)
_	
E	L MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO DEBERÁ SOLICITAR LA DOCUMENACIÓN QUE SE CONSIDERE NECESARIA PARA EL CASO EN PARTICULAR
	LOS DOCUMENTOS MARCADOS CON * SON OBLIGATORIOS
	EGG DGGGWENT GG WARGADGG GGN GGN GBEIGATGRIGG
I.	
1.*	SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DEL TRABAJO (RT-01)
2.*	ACTA ADMINISTRATIVA (CON 2 TESTIGOS QUE DEN FE DEL ACCIDENTE)
3.*	CREDENCIAL DE ELECTOR (IFE) ORIGINAL Y COPIA
4.	CERTIFICACIÓN DE SUELDOS Y HORARIO DE LABORES
5.*	OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN
6.	CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO
7.	CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN
8.	CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL
0	(DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO- DOMICILIO TEMPORAL)
9.	TALÓN DE PAGO RECIENTE
	CUMENTACIÓN SEÑALADA EN EL APARTADO I, EXCEPTO EL 3, DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD QUE
TUVO C	ONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.
II.	
10.*	CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02) -FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE -LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS
11.	COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS
12.	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS. -FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE.
	CUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO II, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD A QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.

**ANVERSO** 



# DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES. REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO (COMISIÓN)



### FORMATO RT-03 C

(ANEXO 8)

III.					
13.*	AVERIGUACIÓN PREVIA				
14.	EXAMENES QUÍMICO-TOXICOLÓGICOS				
15.	PARTE DE LA POLICÍA FEDERAL PREVENTIVA (SECTOR CAMINOS)				
16.	PARTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL				
17.	PARTE DE AMBULANCIA	<u> </u>			
LA DOCLIMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE ADAPTADO DEREDÁ CONTENED FIDMA ALITÓGRAFA Y SELLO DE LA					

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

### IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR

18*	AVERIGUACIÓN PREVIA	
19*	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
20	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY	
21.	EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICO POST-MORTEM	

ADEMÁS, DEBERÁ ENTREGARSE, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN LOS APARTADOS I, II, Y III.

EL PRESENTE FORMATO	ES RECIBIDO POR EL(LA):	
---------------------	-------------------------	--

C

PARA QUE EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 16 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ, PRESENTE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN UN PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE ESTA FECHA, QUEDANDO APERCIBIDO QUE LA OMISIÓN DE PRESENTACIÓN DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERÁ SUBSANARSE EN UN TÉRMINO NO MAYOR A 10 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE A AQUÉL EN QUE CONCLUYA EL PRIMER PLAZO DE 10 DÍAS. DE LO CONTRARIO, EL ISSSTE LLEVARÁ A CABO EL ANÁLISIS INTEGRAL DEL CASO CON LOS DOCUMENTOS QUE TENGA A LA VISTA.

# FIRMA DEL SOLICITANTE LUGAR Y FECHA DE ENTREGA DE ESTE FORMATO DE REQUISITOS NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE ENTREGA EL PRESENTE FORMATO SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

**REVERSO**