

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

**FORMATO RT-03 C**

**(ANEXO 8)**

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: _____																																																						
TRABAJADOR: _____																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">RFC</td> </tr> </table>											RFC										<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">TELÉFONO</td> </tr> </table>											TELÉFONO										<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">DÍA</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">MES</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">AÑO</td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">FECHA DE SOLICITUD (RT01)</td> </tr> </table>	DÍA		MES		AÑO		FECHA DE SOLICITUD (RT01)					
RFC																																																						
TELÉFONO																																																						
DÍA		MES		AÑO																																																		
FECHA DE SOLICITUD (RT01)																																																						
NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO																																																						

**REQUISITOS**  
(ART. 1 , 1 Y EL REGLAMENTO DE DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ)  
EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO DEBERÁ SOLICITAR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE CONSIDERE NECESARIA PARA EL CASO EN PARTICULAR  
LOS DOCUMENTOS MARCADOS CON \* SON OBLIGATORIOS

**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 (DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO- DOMICILIO TEMPORAL)	
9.	TALÓN DE PAGO RECIENTE	

**LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN EL APARTADO I, EXCEPTO EL 3, DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO 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.	

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

**ANVERSO**

**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	

**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 18 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 AQUEL 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