



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

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: _____

TRABAJADOR: _____

RFC											

TELÉFONO											

DIA		MES		AÑO	
FECHA DE SOLICITUD (RT01)					

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

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

I.

1.	SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)	
2.	ACTA ADMINISTRATIVA	
3.	CERTIFICACIÓN DE SUELDOS	
4.	HORARIO DE LABORES	
5.	TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA	
6.	CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO-ESTANCIA INFANTIL-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO-ESTANCIA INFANTIL- DOMILICIO)	
7.	TALÓN DE PAGO RECIENTE	

LA DOCUMENTACIÓN 1, 2, 3, 4 Y 5, DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.

II.

8.	CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)	
	-FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE -LESIÓN Y DIAS DE LICENCIAS MEDICAS OTORGADAS	
9.	COPIA DE LICENCIAS MEDICAS	
10.	NOTA MEDICA INICIAL DE URGENCIAS. -FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE	

LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.

III.

11.	AVERIGUACIÓN PREVIA	
12.	REPORTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL, EN SU CASO	
13.	PARTE DE AMBULANCIA	

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



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

ANVERSO

IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR

14.	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
15.	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY	
16.	EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICA POST-MORTEM	

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

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

17.	CREDENCIAL VIGENTE DEL INFANTE	
18.	FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL INFANTE	
19.	CONSTANCIA DE HORARIO DEL INFANTE	
20.	EN CASO DE ENFERMEDAD, CONSTANCIA DE SUSPENSIÓN DEL INFANTE	
21.	EN CASO DE ENFERMEDAD, CONSTANCIA EXPEDIDA POR EL JEFE INMEDIATO DEL TRABAJADOR AUTORIZANDO LA SUSPENSIÓN DE LA JORNADA LABORAL	

LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO V, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD RESPONSABLE Y SELLO DE LA ESTANCIA DE BIENESTAR INFANTIL DE QUE SE TRATE, ENTREGÁNDOSE DE IGUAL FORMA TODOS LOS DOCUMENTOS QUE SEAN NECESARIOS DESCRITOS EN LOS APARTADOS ANTERIORES.

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL(LA)
C. _____,

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

FIRMA DEL SOLICITANTE_____
LUGAR Y FECHA DE ENTREGA DE ESTE FORMATO
DE REQUISITOS_____
NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE
ENTREGA EL PRESENTE FORMATOSELLO DE LA SUBDELEGACIÓN
DE PRESTACIONES

CCP. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

REVERSO