



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

SUBDELEGACION DE PRESTACIONES EN: _____

TRABAJADOR: _____

RFC									

TELÉFONO									

DÍA		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-O1)	
2	ACTA ADMINISTRATIVA	
3	CERTIFICACIÓN DE SUELDOS	
4	HORARIO DE LABORES	
5	TALÓN DE PAGO RECIENTE	
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

6	CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)	
	-FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIO AL PACIENTE -LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS	
7	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS, DE EXISTIR.	
8	COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS	
LA DOCUMENTACIÓN 6, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.		

III

9	AVERIGUACIÓN PREVIA	
LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTOGRAFA Y SELLO DE LA AUTORIDAD MINISTERIAL QUE TUVO CONOCIMIENTO DE LOS HECHOS, EN SU CASO.		

IV POR MUERTE DEL TRABAJADOR

10	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
11	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY	
12	EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICA POST-MORTEM	
ADEMÁS, SE DEBERÁ ENTREGAR, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN LOS APARTADOS I, II, Y III.		



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

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 FORMATO

SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN
DE PRESTACIONES