
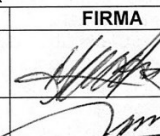

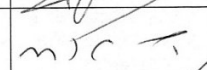
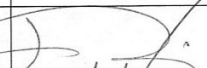
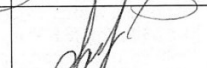
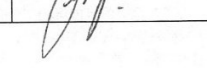


# PODER EJECUTIVO

## SECRETARÍA DE SALUD

### SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

|   |   |                                       |   |
|---|---|---------------------------------------|---|
| <br>SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ<br>Dirección de Recursos Humanos | <b>Clave del Procedimiento:</b> U400-DRHSRL-P07   |                                       | <b>Revisión:</b> B  |
|   | <b>Elaboró:</b> C. Mónica Soria Anguiano.<br>Subdirección de Relaciones Laborales.  |                                       | <b>Fecha de validación:</b><br><br>mayo 2020.   |
|   | <b>Asesoró:</b> L.A.E. Alejandro Hernández Núñez.<br>Analista del Departamento de Organización, Desarrollo e Informática. |                                       |   |
| <b>Aprobado por:</b> Junta de Gobierno 3ra. Sesión ordinaria 2023.<br>Acuerdo JG3/2023/A03  |   |                                       |   |
| <b>REVISADO Y VALIDADO POR</b>  |   |                                       |   |
|   | <b>ÁREA</b>   | <b>NOMBRE</b>                         | <b>FIRMA</b>  |
| <b>Título:</b><br><br><b>Procedimiento para obtener la calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.</b>                            | Subcoordinación General Administrativa.   | Lic. Martha Julia Gutiérrez García.   |    |
|   | Dirección de Recursos Humanos.  | Lic. José Francisco Pérez Uribe.      |    |
|   | Subdirección de Relaciones Laborales.   | Lic. Juan Carlos Piña Tejeida.        |   |
|   | Subdirección de Sistematización del Pago  | Lic. María de Lourdes Maya Contreras. |  |
|   | Dirección de Planeación.  | Lic. Emilio Díaz Flores.              |  |
|   | Departamento de Organización, Desarrollo e Informática.   | MDHO. Dulce María Ramírez Saavedra.   |  |

**1.0 OBJETIVO.**

Establecer el proceso para fundamentar y motivar un probable accidente o enfermedad de trabajo mediante la gestión ágil y oportuna de información, datos y documentación necesaria que aporte el Trabajador y SESEQ, para integrar en un expediente administrativo que será calificado por el ISSSTE para analizar la procedencia o improcedencia del probable riesgo de trabajo.

**2.0 ALCANCE.**

Aplica al Trabajador de base, confianza, regularizado, formalizado y eventual estatal, así como médicos residentes adscritos a SESEQ, que tengan aplicada la cuota de los seguros de carácter obligatorio de la seguridad social en el recibo de percepciones y deducciones (Seguro de Salud para trabajadores activos), en favor del ISSSTE.

**3.0 ABREVIATURAS Y DEFINICIONES.**

**Accidente de trabajo:** Toda lesión orgánica o perturbación funcional, o incluso la muerte, producida repentinamente sea inmediata o posterior, en el ejercicio o con motivo de su trabajo, en cualquier lugar y tiempo en que se presente, así como aquel que ocurra al Trabajador en el trayecto a su domicilio, trabajo, o estancia de bienestar infantil.

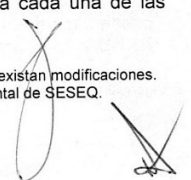
**Calificación del probable riesgo de trabajo:** Es la determinación de la presencia o no de un riesgo de trabajo, como resultado del análisis de la relación causal entre el riesgo de trabajo o enfermedad profesional y la actividad laboral del Trabajador. Asimismo, el resultado deberá ser: a) **"No de trabajo o improcedente"** (no reconocimiento de la profesionalidad del riesgo), o b) **"Sí de trabajo"** (reconocimiento de la profesionalidad del riesgo).

**CAMSHT:** Comisión Auxiliar Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo, corresponde a cada una de las Unidades Administrativas de SESEQ.

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.



Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

**CCMSHT:** Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo, el que se refiere a Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

**CGT:** Condiciones Generales de Trabajo.

**Comisión:** Esta aplica cuando el Trabajador desempeña su trabajo fuera de su unidad de adscripción, pudiendo ocurrir un accidente de trabajo en el trayecto de la comisión o dentro del domicilio temporal donde se desarrollará ésta, siempre y cuando haya sido autorizada la comisión mediante documento oficial.

**CURP:** Clave Única de Registro de Población.

**Diagnóstico:** Conclusión del médico tratante, resultante del juicio o valoración respecto a la determinación de la naturaleza de una enfermedad, por sus signos, síntomas y a la obtención de datos que arrojen los auxiliares de diagnóstico.

**Dictamen:** Resolución que surge en una sesión del Subcomité de medicina del trabajo de la Subdelegación de prestaciones del ISSSTE, donde plasma su decisión respecto a la valoración o calificación de los probables riesgos de trabajo o secuelas presentadas por el Médico de medicina del trabajo de la Subdelegación de prestaciones del ISSSTE ( Dictamen RT-01, Solicitud de calificación de probable riesgo de trabajo (si de trabajo o no de trabajo), Oficio de notificación de improcedencia, Dictamen RT-04 Alta médica por riesgo de trabajo, Dictamen RT-09, Trámite riesgo de trabajo gratuito. Certificado médico de invalidez por enfermedad o accidente ajeno al trabajo, de incapacidad total o parcial, defunción por riesgo de trabajo (valoración de secuelas).

**Dictamen médico:** Al emitido por personal médico especializado y validado por el Comité o Subcomité de Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE, en el Dictamen RT-09 Trámite riesgo de trabajo gratuito, Certificado médico de invalidez por enfermedad o accidente ajeno al trabajo, de incapacidad total o parcial, defunción por riesgo de trabajo (valoración de secuelas).

**DMTSP del ISSSTE:** Departamento de Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE que le corresponda de acuerdo al domicilio particular del Trabajador donde se solicite calificación de un probable riesgo de trabajo.

**Enfermedad profesional:** La alteración en la salud del Trabajador provocada por la exposición a agentes patógenos diversos y la actividad repetitiva realizada con motivo del trabajo.

**Estudios de gabinete:** Complemento diagnóstico del expediente clínico, integrado por los auxiliares del diagnóstico, realizados al paciente, (por ejemplo: estudios radiológicos, electrocardiografía, eco-cardiografía, electroencefalografía, electromiografía, tomografía axial computarizada, ultrasonografía, resonancia magnética nuclear, potenciales evocados ópticos y auditivos etc.).

**EUP:** Expediente Único de Personal.

**Expediente administrativo por probable riesgo de trabajo:** Registro cronológico integrado con los documentos que sustentan los trámites del Trabajador ante el DMTSP del ISSSTE.

**Expediente clínico:** Registro médico cronológico de un paciente, elaborado en las unidades médicas del ISSSTE, según lo señalado en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

**Indemnización:** Prestación otorgada por la Ley del ISSSTE y la Ley Federal del Trabajo al Trabajador que se le ha reconocido la profesionalidad de un riesgo de trabajo y las secuelas subsecuentes.

**ISSSTE:** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

**LTAIPEQ:** Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Querétaro.

**Médico Tratante:** Médico de medicina general o médico especialista que brinda la atención médica al Trabajador en forma inicial y posterior a la lesión resultante del probable riesgo de trabajo.

**Medios de comunicación disponibles:** Son aquellos con los que se cuenta en las diversas Unidades Administrativas y áreas de trabajo, sean vía telefónica, correo electrónico oficial o particular, por escrito (oficio o memorándum), por whats app, etc.

**MRMTSP del ISSSTE:** Médico Responsable de Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE que corresponda al domicilio particular del Trabajador accidentado.

**PDF:** Formato de documento portátil electrónico.

**REDSSA:** Red de Datos de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

**Reglamento:** Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos de Trabajo e Invalidez del ISSSTE.

**Riesgo de trabajo:** Se refiere a los probables accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que puede sufrir el Trabajador a causa o con motivo del desempeño de sus labores y que de acuerdo a su naturaleza pueden ocurrir en su centro de trabajo, en el trayecto o en comisión.

**RRHUA:** Responsable de Recursos Humanos de la Unidad Administrativa.

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

**Secretario Técnico:** Persona que desarrolla las funciones correspondientes a Secretario Técnico de una CAMSHT en las Unidades administrativas.

**SESEQ:** Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

**STD:** Secretario Técnico Delegado de la CCMSHT.

**Subcomité:** Los Subcomités de Medicina del Trabajo de las Subdelegaciones de Prestaciones del ISSSTE.

**Trayecto:** Se considera así, al recorrido lógico y directo que efectúa el Trabajador en sentido estricto de casa-trabajo o casa-estancia infantil- trabajo y viceversa.

**Testigo:** Es aquella persona capaz de dar fe de un acontecimiento por tener conocimiento del mismo. Puede ser presencial (**de hecho**), o no presencial (**de dicho**: aquel que declara sobre algo que ha oído o le han contado).

**Unidad Administrativa:** Todas las Unidades Administrativas pertenecientes a SESEQ, determinadas en el Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado "Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ)".

**Valoración de secuelas:** Dictamen médico derivado de las valoraciones trimestrales que proceden posteriormente a la calificación del probable riesgo de trabajo dictaminado como Sí de trabajo.

#### 4.0 POLÍTICAS.

- 4.1 Los integrantes de la Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo (CCMSHT) serán los encargados de dar a conocer entre los RRHUA y los Secretarios Técnicos de la CAMSHT el presente procedimiento, así como promover la importancia de llevarlo a cabo ante algún probable riesgo de trabajo de los trabajadores.
- 4.2 El STD deberá capacitar y orientar permanentemente a los RRHUA y a los Secretarios Técnicos de las CAMSHT respecto al presente procedimiento o, a la gestión de cualquier paso del trámite de calificación de riesgos de trabajo y respecto a las indicaciones que emitan para SESEQ las Subdelegaciones de Prestaciones o los DMTSP del ISSSTE para aplicación e implementación de acciones que requiera el trámite ante estas instancias.
- 4.3 Los RRHUA y los integrantes de las CAMSHT son los encargados de dar a conocer entre el personal de las Unidades Administrativas, el presente procedimiento, así como promover la importancia de llevarlo a cabo ante algún probable riesgo de trabajo.
- 4.4 El Trabajador que sufra un probable riesgo de trabajo, deberá dar aviso, el mismo o su familiar o su representante legal, de forma presencial o vía telefónica al RRHUA, además de notificarlo al superior jerárquico, para lo cual tendrá un plazo de 72 horas naturales posteriores al suceso, esto para que el STD pueda dar aviso a la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE que corresponda.
- 4.5 El Trabajador que sufra un probable riesgo de trabajo deberá acudir de manera inmediata o mediata al servicio médico de urgencias o a la clínica de medicina familiar del ISSSTE, para recibir la atención médica y le sea expedido el formato RT-02 Certificado médico inicial.
- 4.6 El Trabajador, su familiar o su representante legal únicamente contarán con 30 días hábiles a partir del día siguiente a la fecha en que ocurre su riesgo de trabajo para solicitar y tramitar la calificación del probable riesgo de trabajo, dando inicio con el RRHUA, que procederá al llenado o entrega de formatos con instructivos de los documentos requeridos para integrar el expediente administrativo por probable riesgo de trabajo para ser presentados por el Trabajador, su familiar o su representante legal ante el DMTSP del ISSSTE.
- 4.7 Los RRHUA y los Secretarios Técnicos de las CAMSHT deberán brindar apoyo al Trabajador para integrar a la brevedad el expediente administrativo por probable riesgo de trabajo, procediendo a la entrega de formatos con instructivos, recopilación y llenado de la documentación soporte que permita al Trabajador, su familiar o su representante legal, solicitar al Subdelegado de Prestaciones del ISSSTE correspondiente la calificación del probable riesgo de trabajo ocurrido, y al MRMTSP del ISSSTE, calificar el accidente o enfermedad de trabajo mediante el análisis de los elementos aportados que fundamenten y motiven la procedencia o no, de dicho riesgo.
- 4.8 El Trabajador que solicite la calificación del probable riesgo de trabajo, estará atento a solventar cualquier solicitud documental para la correcta integración del expediente administrativo por probable riesgo de trabajo (accidentes y enfermedades profesionales).

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

- 4.9 El RRHUA, el Secretario Técnico de la CAMSHT y el STD de la CCMSHT deberán brindar asesoría, orientación y apoyo a todo aquel Trabajador que sufra un probable riesgo de trabajo para que solicite ante el DMTSP del ISSSTE la calificación de probable riesgo de trabajo.
- 4.10 El RRHUA o el Secretario Técnico de la CAMSHT, deberán notificar dentro de los 3 días naturales posteriores al de su conocimiento a la Subdirección de Relaciones Laborales a través de STD de la CCMSHT, los probables riesgos de trabajo ocurridos a los trabajadores.
- 4.11 El MRMTSP del ISSSTE solicitará los documentos pertinentes de acuerdo al padecimiento reclamado a fin de establecer la relación de causa-efecto, trabajo-daño;
- 4.12 Los integrantes del Subcomité de Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE, podrán solicitar a la unidad médica designada la realización de estudios adicionales que a su consideración sean indispensables, a fin de contar con mayores elementos para ratificar o rectificar el proyecto de dictamen.
- 4.13 La Subdirección de Relaciones Laborales, está obligada a notificar al Subdelegado de Prestaciones y/o al Médico de Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE los probables riesgos de trabajo ocurridos a los trabajadores de SESEQ, a través del STD de la CCMSHT.
- 4.14 El ISSSTE, a través del DMTSP, será la única Dependencia facultada para emitir la calificación del probable riesgo de trabajo como "Accidente de trabajo" o "Enfermedad profesional", de los trabajadores afiliados a este Instituto.
- 4.15 Los RRHUA, bajo la asesoría de la Subdirección de Relaciones Laborales y del STD de la CCMSHT, de ser necesario, deberán verificar que se aplique oportunamente las indemnizaciones establecidas en la Ley del ISSSTE y la Ley Federal del Trabajo que corresponda se otorguen a los trabajadores reconocidos con un riesgo de trabajo profesional, considerando para ello que el médico tratante deberá realizar las valoraciones médicas que estime necesarias, con la finalidad de que en un plazo de 52 semana, contadas a partir de la fecha en que ocurre el riesgo de trabajo, el MRMTSP del ISSSTE emita el diagnóstico final del caso y, si así lo amerita, expida la valoración de secuelas en el certificado médico RT-09 Trámite riesgo de trabajo gratuito. certificado médico de invalidez por enfermedad o accidente ajeno al trabajo, de incapacidad total o parcial, defunción por riesgo de trabajo (valoración de secuelas), o en su defecto, elabore el alta inmediata del Trabajador.
- 4.16 Si al concluir las 52 semanas de incapacidad el Trabajador que se encuentra generando licencias médicas por la patología derivada del riesgo continúa con licencia médica en base al previo dictamen médico, se prorrogará su tratamiento hasta por 52 semanas más, para que a su término, se proceda al alta definitiva o a la indemnización respectiva (Frac. I, Art. 519 de la Ley Federal del Trabajo); y en el caso de que se extendiera el alta médica o valoración de secuelas con licencia médica por más de 2 años, éstas invariablemente se considerarán por enfermedad general debiendo el Trabajador solicitar la indemnización que corresponda ante DMTSP del ISSSTE.
- 4.17 Transcurrido el día hábil número 26 posterior al probable riesgo de trabajo, si el Trabajador no entregó al RRHUA o al Secretario Técnico de la CAMSHT de forma íntegra la documentación o información requerida para integrar el expediente administrativo por probable riesgo de trabajo, o bien no firmó acta o formatos RT-01 Solicitud de calificación de probable riesgo de trabajo (Anexo 3) y cédula de identificación inicial (Anexo 7), será responsabilidad del propio Trabajador continuar con la integración de su expediente administrativo por probable riesgo de trabajo, para lo cual se le devolverán los documentos que obren en poder del RRHUA o del Secretario Técnico de la CAMSHT.
- 4.18 En caso de no notificarse oportunamente al Subdelegado de Prestaciones del ISSSTE correspondiente algún probable riesgo de trabajo ocurrido a los trabajadores, esto afectará negativamente la calificación del probable riesgo de trabajo, por lo que podrán fincarse responsabilidades administrativas correspondientes, a quien omita hacerlo.
- 4.19 En caso de desacuerdo con la calificación del probable riesgo de trabajo, el trabajador inconforme tendrá treinta días naturales para presentar por escrito ante el ISSSTE, su recurso de inconformidad, avalado por el dictamen de un especialista en medicina del trabajo; y, en caso de desacuerdo entre la calificación del Instituto y el dictamen del especialista del afectado, el Instituto propondrá una terna de médicos especialistas en medicina del trabajo para que de entre ellos, el afectado elija uno y éste último resolverá en definitiva el caso.

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ



Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

## 5.0 RESPONSABILIDADES.

### 5.1 Director de Recursos Humanos.

- 5.1.1 Asegurar mecanismos para el control y aplicación correspondiente del goce de las prestaciones económicas, sociales, culturales y demás prestaciones laborales a las que tiene derecho el Trabajador adscrito a SESEQ.
- 5.1.2 Asegurar el cumplimiento en la aplicación de las CGT y demás normativa que regula la vida laboral del Trabajador.
- 5.1.3 Difundir la normatividad aplicable entre las áreas involucradas con el presente procedimiento y verificar su cumplimiento.

### 5.2 Subdirector de Relaciones Laborales.

- 5.2.1 Establecer los mecanismos para el cumplimiento en la aplicación de las CGT.
- 5.2.2 Regular los mecanismos y medios para el otorgamiento de las prestaciones que se brindan al personal de SESEQ, como un beneficio al servicio que presta, aplicando la normatividad vigente.
- 5.2.3 Autorizar o en su caso validar con firma autógrafa los documentos para los trámites administrativos relacionados a los trabajadores.
- 5.2.4 Asesorar en conjunto con el STD de la CCMSHT al área de centralización de incidencias y los RRHUA, para la notificación y aplicación oportuna de las indemnizaciones que por la Ley del ISSSTE y Ley Federal del Trabajo deban otorgarse a los trabajadores reconocidos con un riesgo de trabajo, considerando para ello que el Médico Tratante deberá realizar las valoraciones médicas que estime necesarias.
- 5.2.5 Notificar al Subdelegado de Prestaciones y/o al Médico de Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE los probables riesgos de trabajo ocurridos a los trabajadores de SESEQ, a través del STD de la CCMSHT.

### 5.3 Responsable de Recursos Humanos de la Unidad Administrativa (RRHUA).

- 5.3.1 Informar al Trabajador oportunamente sobre el tiempo, documentación y los trámites a realizar para obtener calificación del probable riesgo de trabajo ante el DMTSP del ISSSTE.
- 5.3.2 Notificar de manera inmediata los probables riesgos de trabajo sufridos por los trabajadores al Secretario Técnico Delegado de la CCMSHT, a través de los medios de comunicación disponibles para cubrir el tiempo establecido por el Artículo 60 de la Ley del ISSSTE (dentro de los 3 primeros días naturales en que se tiene conocimiento del hecho), para dicha notificación bastará, sin mayor documento probatorio, con los datos que proporcione el jefe inmediato, el trabajador afectado, el familiar, el representante legal o el sindicato y en caso de omisión se le fincarán responsabilidades administrativas derivadas de la falta de aviso del probable riesgo de trabajo.
- 5.3.3 Elaborar el formato constancia de servicios por riesgo de trabajo (anexo 9), donde se especifica la adscripción del Trabajador, horario, jornada laboral, sueldo bruto mensual que cotiza al ISSSTE, área de servicio y funciones que realiza.
- 5.3.4 Elaborar el acta administrativa por probable riesgo de trabajo (anexo 8), o proporcionar formato con instrucciones de llenado al Trabajador para que la elabore documento, en el cual deberá relatar el suceso en forma detallada en cuanto a tiempo, modo, lugar, debiendo intervenir el representante de SESEQ que se designe, el Trabajador que sufrió el probable riesgo de trabajo y 2 testigos de dicho o hecho.
- 5.3.5 Elaborar, solicitar, recabar, completar y sellar los siguientes documentos para integrar el expediente administrativo por probable riesgo de trabajo:
  - Original de Cédula de identificación inicial (anexo 7).
  - Original de acta administrativa por probable riesgo de trabajo (anexo 8).
  - Original del RT-01 Solicitud de calificación de probable riesgo de trabajo (Anexo 3).
  - Original del formato RT-03 requisitos específicos para trámite de calificación de riesgos de trabajo, que según su naturaleza puede ser el de:

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

- RT-03 "A" **centro de trabajo** (Anexo 4).
  - RT-03 "B" **trayecto** (Anexo 5).
  - RT-03 "C" **comisión** (Anexo 6).
- Original de la constancia de servicios por riesgo de trabajo debidamente sellada. (anexo 9).
  - Copia legible de la tarjeta rango de registro de asistencia emitida por el RRHUA, de la quincena en que ocurre el probable riesgo de trabajo, o de un mes y medio anterior al suceso si es enfermedad profesional, debidamente firmada y sellada.
  - Original del formato RT-02 Certificado médico inicial expedido por el ISSSTE con firma del Médico Tratante y sello del ISSSTE.
  - Copia simple de credencial del INE o cédula profesional del Trabajador.
  - Copia simple del comprobante de percepciones y deducciones (Talón de pago reciente de la quincena en que ocurre el accidente o de mes y medio anterior al inicio del contagio de la enfermedad).
  - Copia simple de la hoja de urgencias del ISSSTE, si la hubiere.
  - Licencias médicas si las hubiere.
  - Copia simple de la CURP del Trabajador.
  - Copia simple del comprobante de domicilio reciente del Trabajador (dos meses anteriores al suceso).
  - Documentos específicos solicitados en los formatos RT-03 "A", "B" o "C".
- 5.3.6 Informar al Trabajador, una vez que le ha sido entregado el expediente administrativo por probable riesgo de trabajo, que deberá acudir o en su caso, su familiar o representante legal, al DMTSP del ISSSTE para entregar dicho expediente adjunto a los estudios clínicos o de gabinete con que cuente y así solicitar su calificación del probable riesgo de trabajo.
- 5.3.7 Notificar al Trabajador que una vez que ha sido calificado su probable riesgo de trabajo, acuda al DMTSP del ISSSTE, para que reciba el original expedido del Dictamen RT-01 Solicitud de calificación de probable riesgo de trabajo, (si de trabajo o no de trabajo), Oficio de notificación de improcedencia y en caso de que su calificación del probable riesgo de trabajo haya sido determinada como:
- 5.3.7.1 **"Sí de trabajo"**, solicite orientación para el trámite de valoración de secuelas o, para que se dictamine su alta médica.
- 5.3.7.2 **"No de trabajo" o "improcedentes"**, con alta médica, ausencia de secuelas valuables o incapacidad permanente parcial, que a partir del momento de la notificación, sus licencias médicas se tomaran como enfermedad general.
- 5.4 Secretario Técnico de la Comisión Auxiliar Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo (CAMSHT).**
- 5.4.1 Atender a las funciones 5.3.1, 5.3.2, 5.3.3, 5.3.4, 5.3.5, 5.3.6 y 5.3.7 mencionadas para el Responsable de Recursos Humanos en caso de que en la unidad administrativa no se cuente con uno.
- 5.4.2 Corroborar que los expedientes administrativos por probable riesgo de trabajo cuenten con la documentación soporte completa, firmada y sellada, para entregarla al Trabajador afectado, su familiar o su representante legal, procurando que no rebase un total de 25 días hábiles a partir de la fecha del suceso, con la finalidad de darle tiempo al Trabajador, familiar o representante legal de realizar los trámites que les competen y remitiendo copia en PDF de dicho expediente al STD de la CCMSHT.
- 5.4.3 En los casos dictaminados como **"sí de trabajo"** se deberá reportar al Área de Centralización de Incidencias de la Dirección de Recursos Humanos, para que en conjunto lleven el control de licencias médicas y se dé seguimiento en caso de ser necesario a la aplicación de responsabilidad por incapacidades a través de la Subdirección de Sistematización del Pago en los casos dictaminados como no de trabajo, improcedentes, con alta médica, ausencia de secuelas o incapacidad permanente parcial.

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

### 5.5 Secretario Técnico Delegado de la CCMSHT.

- 5.5.1 Recibir el aviso por parte de los Secretarios técnicos de la Comisión Auxiliar Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo (CAMSHT) e inmediatamente dar aviso de los riesgos ocurridos a los trabajadores de SESEQ a través de correo electrónico o mediante reporte de probable riesgo de trabajo (anexo 1) al Subdelegado de Prestaciones del ISSSTE que corresponda de acuerdo al domicilio particular del Trabajador afectado o al MRMTSP del ISSSTE, dentro de los tres días naturales siguientes al conocimiento del suceso.
- 5.5.2 Recibir del RRRHUA o del Secretario Técnico de la CAMSHT, con acuse de recibo el expediente administrativo por probable riesgo de trabajo en formato PDF, para revisión y posterior conservación de la copia en los archivos electrónicos y/o en el EUP.
- 5.5.3 Solicitar al MRMTSP del ISSSTE a través de los medios de comunicación disponibles la información necesaria que permita determinar las indemnizaciones que procedan o no, en los casos dictaminados por riesgo de trabajo y que puedan presentar irregularidades en su proceso.
- 5.5.4 Revisar y emitir observaciones a los borradores de expedientes administrativos por probable riesgo de trabajo que vía correo electrónico remitan los RRRHUA para apoyo con su integración.
- 5.5.5 Informar a través de los medios de comunicación disponibles al RRRHUA para que a su vez informe al Trabajador, sobre la notificación del Dictamen con copia a la Dirección de Recursos Humanos, la cual incluye: RT-01 Solicitud de calificación de probable riesgo de trabajo (si de trabajo o no de trabajo), Oficio de notificación de improcedencia, RT-04 Alta médica por riesgo de trabajo, ó RT-09 Trámite riesgo de trabajo gratuito. Certificado médico de invalidez por enfermedad o accidente ajeno al trabajo, de incapacidad total o parcial, defunción por riesgo de trabajo (valoración de secuelas) o, a través de memorándum, de la calificación de sí o no de trabajo, alta médica, ausencia de secuelas valubles, incapacidad permanente parcial o la improcedencia del probable riesgo de trabajo, para que el interesado acuda al DMTSP del ISSSTE a recibir el original del documento y pueda realizar los trámites subsecuentes que requiera.
- 5.5.6 Entregar copia simple del dictamen de calificación de riesgo de trabajo notificado por el Subdelegado de Prestaciones del ISSSTE adjunto a memorándum o mediante correo electrónico al RRRHUA, con copia al área de Centralización de Incidencias de la Dirección de Recursos Humanos, para que se lleve control estricto de las licencias médicas emitidas con posterioridad a las notificaciones, sobre todo en caso de haber resultado **“no de trabajo”, “improcedente”, “alta médica”, “sin secuelas valubles”, o “asignación de incapacidad permanente parcial”**, y se realice el trámite conducente ante la Subdirección de Sistematización del Pago para que sea aplicado el ajuste por exceso de licencias médicas o pagos en demasía, según corresponda.

### 5.6 Trabajador.

- 5.6.1 Avisar por sí mismo, a través de su familiar o representante legal, y de forma presencial o vía telefónica al superior jerárquico y al RRRHUA o al Secretario Técnico de la CAMSHT del probable riesgo de trabajo que le ocurra en el lapso de 72 horas naturales posteriores a éste, salvo caso fortuito o fuerza mayor, o de cualquiera de las causas justificadas que le impidan acudir a su trabajo, conforme a lo previsto en el artículo 93 de la CGT, artículo 11 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional y en el diverso 134 Fracción V de la Ley Federal de Trabajo.
- 5.6.2 Tramitar la solicitud de calificación del probable riesgo de trabajo con el MRMTSP del ISSSTE que le corresponda de acuerdo a su domicilio particular (Artículo 60, Ley del ISSSTE), dentro de los treinta días hábiles siguientes a que haya ocurrido el evento, pudiendo solicitar asesoría y orientación al personal del DMTSP del ISSSTE, al RRRHUA, al Secretario Técnico de la CAMSHT, o al STD de la CCMSHT, ya que, al tratarse de un trámite de carácter personal, deberá aportar los documentos, datos e información indispensable y necesaria para la integración del expediente administrativo por probable riesgo de trabajo.
- 5.6.3 Entregar, presentar, completar y firmar dentro de los 15 días naturales posteriores a la fecha del riesgo de trabajo al Responsable de Recursos Humanos de la Unidad Administrativa o en su caso al Secretario Técnico de la CAMSHT, la documentación soporte, información personal y laboral y los formatos que integran el expediente administrativo por probable riesgo de trabajo:

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

- Presentar los testigos, de dicho, hecho, o combinados, si el RRRHUA o el Secretario Técnico de la CAMSHT elabora acta administrativa por probable riesgo de trabajo (anexo 8), o
  - Recibir el formato e instructivo de llenado del acta administrativa por probable riesgo de trabajo (anexo 8), para que sea el mismo Trabajador quien la elabore y recabe el testimonio de sus testigos y firmas respectivas.
  - Entregar copias legibles y originales de los requisitos que se establecen en el formato RT-03 Requisitos para el trámite de calificación de riesgos de trabajo (A,B,C) anexos 4,5 y 6, y los establecidos en el punto 5.3.5
- 5.6.4 Cumplir y atender a las licencias médicas e indicaciones derivadas por la enfermedad, patología o complicación resultante del riesgo de trabajo y posteriores a la calificación del probable riesgo de trabajo, la improcedencia, valoraciones de secuelas o alta médica, las cuales podrán continuar o no con el pago del 100% del salario, de acuerdo al supuesto determinado por el DMTSP del ISSSTE con el aval del Subcomité Delegacional.
- 5.6.5 Acudir personalmente o a través de su familiar o representante legal al DMTSP del ISSSTE para hacer entrega del Expediente administrativo por probable riesgo de trabajo y con ello solicitar oficialmente la calificación del probable riesgo de trabajo.
- 5.6.6 Consultar inicial y periódicamente en el DMTSP del ISSSTE sobre el trámite de solicitud de calificación de probable riesgo de trabajo, con la finalidad de integrar completamente la documentación con los elementos necesarios para el expediente clínico – administrativo, de acuerdo a los tiempos establecidos por el MRMTSP del ISSSTE.
- 5.6.7 Solicitar al RRRHUA o al Secretario Técnico de la CAMSHT las correcciones o documentos faltantes que competan a éste para subsanar aquellos faltantes que el personal del DMTSP del ISSSTE le señalen al momento de recibir o calificar su expediente administrativo por probable riesgo de trabajo.
- 5.6.8 Acudir al DMTSP del ISSSTE, las veces que sean necesarias para subsanar documentación errónea o faltante, recoger el original de calificación de probable riesgo de trabajo y para recibir orientación sobre el trámite de valoración de secuelas en los periodos de los 3, 6 y 9 meses siguientes a la fecha del riesgo o, para que se le otorgue alta médica, o bien proceda a continuar con el recurso de inconformidad, según corresponda y de acuerdo a lo que establece el Reglamento.
- 5.6.9 Dar seguimiento al trámite de solicitud de calificación de probable riesgo de trabajo durante todo el proceso: desde su inicio, calificación, valoración de secuelas, alta médica o pago de indemnización derivada por la lesión reconocida.
- 5.6.10 Responsabilizarse del contenido personal y en cuanto a tiempo-modo-lugar del suceso asentado en la documentación y por consiguiente del resultado concluyente del proceso.

## 6.0 DOCUMENTOS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS.

**Anexo 1.** Reporte de probable riesgo de trabajo.

**Anexo 2.** RT-01. Solicitud de calificación de probable riesgo de trabajo.

**Anexo 3.** RT-03 A. Requisitos para el trámite de calificación de riesgos de trabajo. (Centro de trabajo).

**Anexo 4.** RT-03 B. Requisitos para el trámite de calificación de riesgos de trabajo. (Trayecto).

**Anexo 5.** RT-03 C. Requisitos para el trámite de calificación de riesgos de Trabajo. (Comisión).

**Anexo 6.** Cédula de identificación inicial.

**Anexo 7.** Acta administrativa por probable riesgo de trabajo.

**Anexo 8.** Constancia de servicios por riesgo de trabajo.

**Dictamen RT-01** Solicitud de calificación de probable riesgo de trabajo, (si de trabajo o no de trabajo).

**Dictamen RT-04** Alta médica por riesgo de trabajo.

**Dictamen RT-09**, Trámite riesgo de trabajo gratuito. Certificado médico de invalidez por enfermedad o accidente ajeno al trabajo, de incapacidad total o parcial, defunción por riesgo de trabajo (valoración de secuelas).

**RT-02** Certificado médico inicial (Expedido por ISSSTE).

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.



Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

- U400-SRL-P07-IT01 Instrucción de trabajo para manejo de accidente de trabajo.
- U460-DF-P01 Procedimiento para el ejercicio del presupuesto.
- U400-DRHSRL-P04 Procedimiento para realizar los movimientos de alta, modificación y baja de los trabajadores ante el ISSSTE.
- U400-DRHSSP-P09 Procedimiento para la inscripción y liquidación del ciclo completo o anticipado del FONAC y FONAE.
- U400-DRHSRL-P11 Procedimiento para la elaboración y expedición de la hoja única de servicios del ISSSTE.
- U400-DRHSRL-P14 Procedimiento para generación de nómina.
- U400-DRHSSP-P14-IT01 Instrucción de trabajo para suspensión de pagos.
- U400-DRHSRL-P14-IT02 Instrucción de trabajo para prestaciones adicionales.
- U400-DRHSRL-P15 Procedimiento de distribución y comprobación de pago de nómina.
- U400-DRHSRL-P16 Procedimiento para Integración y Control del Expediente Único de Personal.
- U400-DRHSRL-P17 Procedimiento para ingresar movimientos del personal al SIAP.
- U400-DRHSRL-P18 Procedimiento para el control de incidencias.
- U400-DRHSRL-P18-IT01 Instrucción de trabajo para control de incidencias.
- Tarjeta rango de registro de asistencia.
- Identificación oficial (preferentemente INE).
- CURP.
- Comprobante de domicilio vigente.
- Comprobante de percepciones y deducciones.
- Croquis y tiempos de recorrido.
- Licencia médica.
- Oficio de notificación de improcedencia.

**7.0 REFERENCIAS.**

- Ley Federal del Trabajo.
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Ley de la Administración Pública Paraestatal del Estado de Querétaro.
- Ley General de Responsabilidades Administrativas.
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Querétaro.
- Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Querétaro.
- Ley de los Trabajadores del Estado de Querétaro.
- Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, denominado "Servicios de Salud del Estado de Querétaro" (SESEQ).
- Manual de Organización General de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.
- Condiciones Generales de Trabajo (Vigentes).
- Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos de Trabajo e Invalidez del ISSSTE.
- Acuerdo 43.1356.2016 de la Junta Directiva por el que se aprueba al Reglamento para la Dictaminación en Materia de Riesgos del Trabajo e Invalidez del Instituto de Seguridad, Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

**8.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**

**8.1 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.**

| RESPONSABLE | No. Act. | DESCRIPCIÓN  |
|-------------|----------|--|
| Trabajador. | 1        | Presenta accidente de trabajo o enfermedad profesional.  |
|             | 2        | Acude al servicio médico de urgencias o a la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE para recibir atención médica y atender el probable riesgo de trabajo. |

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

*[Handwritten signatures and initials: J, H, mte, X]*

*[Handwritten signature]*

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

|  |       |   |
|--|-------|---|
| Médico Tratante del ISSSTE.                    | 3     | Revisa, examina, atiende y registra en expediente clínico. Expide y entrega al Trabajador el formato RT-02 Certificado médico inicial, y en su caso licencia médica.  |
| Trabajador.                                    | 4     | Recibe formato RT-02 Certificado médico inicial y notifica por sí mismo, familiar o representante legal vía telefónica o presencial al Jefe Inmediato o Superior Jerárquico y al RRHUA o al Secretario Técnico de la CAMSHT del probable riesgo de trabajo, en las primeras 72 horas naturales siguientes al suceso, informándoles también su domicilio particular.   |
| RRHUA<br>o<br>Secretario Técnico de la CAMSHT. | 5     | Recibe de forma presencial o telefónica la notificación del probable riesgo de trabajo ocurrido al Trabajador, e interroga sobre domicilio particular del Trabajador. Informa al STD de la CCMSHT a través de los medios de comunicación disponibles de dicho riesgo de trabajo, así como del domicilio particular del Trabajador afectado.   |
| STD de la CCMSHT.                              | 6     | Recibe notificación del probable riesgo de trabajo, así como el domicilio particular del Trabajador afectado y hace de conocimiento al Subdelegado de Prestaciones y/o al Médico Responsable de Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE que corresponda vía correo electrónico u oficio en las primeras 72 horas naturales posterior a la notificación.   |
| Trabajador.                                    | 7     | Solicita asesoría y apoyo vía telefónica, correo electrónico o de manera presencial con el RRHUA o con el Secretario Técnico de la CAMSHT para integrar el expediente administrativo por probable riesgo de trabajo, trámites y tiempo para solicitar la calificación del probable riesgo de trabajo.   |
| RRHUA<br>o<br>Secretario Técnico de la CAMSHT. | 8     | Orienta al Trabajador, familiar o representante legal, vía telefónica, por correo electrónico o físicamente, sobre el trámite y tiempo para solicitar la calificación del probable riesgo de trabajo, así como de los datos, requisitos e información necesarios para integrar el expediente administrativo por probable riesgo de trabajo.   |
| Trabajador.                                    | 9     | Acude, dentro de los 15 días hábiles posteriores al probable riesgo de trabajo, con el RRHUA o el Secretario Técnico de la CAMSHT, con dos testigos de dicho, hecho o ambos para completar el acta administrativa por probable riesgo de trabajo, o para recibir el formato del acta para que el Trabajador elabore y recabe declaración de testigos y firmas.  |
|  | 10    | Entrega original del formato RT-02 Certificado médico inicial expedido por ISSSTE, y copia simple de los siguientes:<br>- Credencial de identificación oficial con fotografía (INE, cédula profesional).<br>- CURP,<br>- Último comprobante de percepciones y deducciones,<br>- Licencias médicas (en caso de existir) y<br>- Documentos específicos solicitados en el RT-03 "A" centro de trabajo, "B" trayecto o, "C" comisión. |
| RRHUA<br>o<br>Secretario Técnico de la CAMSHT. | 11    | Recibe del Trabajador, familiar o representante legal, dentro de los 15 días hábiles posteriores al probable riesgo de trabajo la documentación mencionada en la actividad No.10.   |
|  | 11.A. | ¿Se encuentra la documentación completa y correctamente requisitada?<br>No. Pasa a la actividad No. 8.  |
|  | 11.B. | Sí. Pasa a la actividad No. 12.   |

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

10/31

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

|   |      |   |
|---|------|---|
|   | 12   | Revisa, integra, avala, y sella en su totalidad la documentación recibida para el expediente administrativo por probable riesgo de trabajo establecida en el apartado con el número 5.3.5 del presente procedimiento.   |
|   | 13   | Verifica que la documentación que conforma el expediente administrativo por probable riesgo de trabajo, cuente con las firmas del representante de SESEQ, del Trabajador y de testigos de dicho, hecho o ambos.   |
|   | 14   | Remite vía correo electrónico al STD de la CCMSHT copia en formato PDF del expediente administrativo por probable riesgo de trabajo, solicitándole visto bueno u observaciones del mismo.   |
| STD de la CCMSHT.                                 | 15   | Recibe vía correo electrónico la copia en PDF del expediente administrativo por probable riesgo de trabajo, el cual revisa y envía al RRHUA o Secretario Técnico de la CAMSHT, a través de los medios de comunicación disponibles, el visto bueno u observaciones por posibles errores de contenido, falta de sellos, firmas o documentos faltantes.  |
| RRHUA<br>o<br>Secretario Técnico de la<br>CAMSHT. | 16   | Recibe por los medios de comunicación disponibles las observaciones realizadas por el STD de la CCMSHT al expediente administrativo por probable riesgo de trabajo.<br>¿Se encuentra el expediente administrativo por probable riesgo de trabajo completo y correctamente requisitado?  |
|   | 16.A | No. Pasa a la actividad No. 8.  |
|   | 16.B | Sí. Pasa a la actividad No. 17.   |
|   | 17   | Entrega físicamente el original del expediente administrativo por probable riesgo de trabajo al Trabajador, su familiar o representante legal, recabando acuse de recibo en un periodo no mayor a 25 días hábiles posteriores a la fecha de inicio del riesgo de trabajo.   |
| Trabajador.                                       | 18   | Recibe físicamente el expediente administrativo por probable riesgo de trabajo original por parte del RRHUA o por el Secretario Técnico de la CAMSHT, y firma acuse de recibo.  |
|   | 19   | Entrega físicamente, dentro de los 30 días hábiles posteriores al probable riesgo de trabajo, por sí mismo, familiar o representante legal, el original del expediente administrativo por probable riesgo de trabajo al Personal del DMTSP del ISSSTE, para que sea dictaminado por el MRMTSP y avalado por el Subcomité de Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE, para que posteriormente se emita la calificación del probable riesgo de trabajo. |
| Personal del DMTSP del<br>ISSSTE.                 | 20   | Recibe físicamente, del Trabajador, su familiar o representante legal, el original del expediente administrativo por probable riesgo de trabajo, el cual revisa y agenda cita con el MRMTSP del ISSSTE para exploración médica, entrega de estudios clínicos o de gabinete y aclaración de dudas del mecanismo del probable riesgo de trabajo.<br><br>¿El expediente administrativo por probable riesgo de trabajo cumple los requisitos de fondo y forma?                        |
|   | 20.A | Sí. Informa al Trabajador de la cita programada con el MRMTSP del ISSSTE.<br>Pasa a la actividad No. 24.  |
|   | 20.B | No. Emite observaciones de la documentación. Pasa a la actividad No.21.   |
| Trabajador.                                       | 21   | Da seguimiento a las observaciones que emitió el Personal del DMTSP del ISSSTE con relación a la documentación complementaria o errónea.<br><br>¿Es atribuible la documentación faltante o errónea al Trabajador?   |

*[Handwritten signature]*  
nte

*[Handwritten mark]*

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

*[Large handwritten signature]*

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

|   |       |  |
|---|-------|--|
|   | 21.A. | Sí. Atiende y pasa a la actividad No. 23.  |
|   | 21.B. | No. Solicita la documentación faltante o errónea físicamente o vía telefónica al RRHUA o al Secretario Técnico de la CAMSHT. Pasa a la actividad No. 22.   |
| RRHUA<br>o<br>Secretario Técnico de la<br>CAMSHT. | 22    | Recibe físicamente o vía telefónica la solicitud de documentación faltante o errónea, la cual corrige y entrega físicamente al Trabajador para cumplir en forma con la integración del expediente administrativo por probable riesgo de trabajo, dentro del plazo establecido por el Personal del DMTSP del ISSSTE.  |
| Trabajador.                                       | 23    | Entrega físicamente al Personal del DMTSP o al MRMTSP del ISSSTE la documentación faltante o corregida atribuible a sí mismo o proporcionada por el RRHUA o por el Secretario Técnico de la CAMSHT, para subsanar faltantes en su expediente administrativo por probable riesgo de trabajo.  |
|   | 24    | Acude a la cita subsecuente programada con el MRMTSP del ISSSTE y entrega estudios clínicos y/o de gabinete con que cuenta.  |
| MRMTSP del ISSSTE.                                | 25    | Recibe al Trabajador junto con sus estudios clínicos y/o de gabinete con que cuenta para posteriormente, junto con el expediente administrativo por probable riesgo de trabajo, valore y califique el caso presentado por el Trabajador, su familiar o representante legal, emitiendo y entregando físicamente el dictamen correspondiente al Trabajador.<br><br>¿La calificación fue sí de trabajo?         |
|   | 25.A  | Sí. Pasa a la actividad No. 27.  |
|   | 25.B  | No. Pasa a la actividad No. 26.  |
|   | 26    | Recibe físicamente el original del dictamen de la calificación de "no de trabajo o, improcedente" y solicita al Personal del DMTSP del ISSSTE asesoría para iniciar, si así lo considera, el trámite de recurso de inconformidad o para resolver dudas respecto a la calificación de no de trabajo o improcedente.<br><br>¿Presenta recurso de inconformidad?  |
| Trabajador.                                       | 26.A  | Sí. Continúa el trámite de forma directa con el Personal del DMTSP del ISSSTE.<br>Fin del Procedimiento.   |
|   | 26.B  | No. Pasa a la actividad No. 28.  |
|   | 27    | Recibe físicamente del Personal del DMTSP del ISSSTE el original del dictamen y solicita asesoría para el seguimiento de valoración de secuelas, alta médica o incapacidad parcial, y entrega físicamente al RRHUA las licencias médicas y dictámenes emitidos por el ISSSTE y sus instancias en cualquier etapa del procedimiento para su aplicación en el SIAP y pago de indemnizaciones correspondientes. |
|   | 28    | Da seguimiento con el RRHUA a las indemnizaciones o aplicación de responsabilidad derivadas de los dictámenes emitidos por el Personal del DMTSP del ISSSTE subsecuentes a la calificación de sí o no de trabajo, alta médica, ausencia de secuelas valuables, incapacidad permanente parcial o total o a la improcedencia.  |
| Personal del DMTSP del<br>ISSSTE.                 | 29    | Entrega físicamente al Encargado de Oficialía de partes de SESEQ, a través de la correspondencia, copia del: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dictamen RT-01 solicitud de calificación de probable riesgo de trabajo (si de trabajo o no de trabajo),</li> <li>• RT-04 Alta médica por riesgo de trabajo,</li> <li>• RT-09 Trámite riesgo de trabajo gratuito. Certificado médico de</li> </ul>      |

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.



Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

|  |      |   |
|--|------|---|
|  |      | <p>invalidez por enfermedad o accidente ajeno al trabajo, de incapacidad total o parcial, defunción por riesgo de trabajo (valoración de secuelas).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio de notificación de improcedencia.</li> </ul>  |
| Encargado de Oficialía de Partes de SESEQ. | 30   | Recibe físicamente a través de la correspondencia del DMTSP del ISSSTE copia de los documentos mencionados y refiere al STD de la CCMSHT.   |
| STD de La CCMSHT.                          | 31   | Recibe documentación del Encargado de Oficialía de Partes de SESEQ y acusa de recibido.   |
|  | 32   | Elabora memorándum o correo electrónico anexando copia de la documentación recibida, y envía al RRHUA con indicaciones para la aplicación de responsabilidades o indemnizaciones y con copia sólo para su conocimiento al Área de Centralización de Incidencias de la Dirección de Recursos Humanos.  |
| RRHUA.                                     | 33   | Recibe, por parte del STD de la CCMSHT, indicaciones para la aplicación de responsabilidades o indemnizaciones a través de memorándum o correo electrónico, con anexo del dictamen emitido por MRMTSP del ISSSTE de la copia física o en PDF de la documentación mencionada y, firma o confirma acuse de recibo.  |
|  | 34   | <p>Verifica que no se afecten el salario y prestaciones del Trabajador con calificación de Sí de trabajo, contabiliza licencias médicas hasta por 52 semanas, continuas o discontinuas, a partir de la fecha del riesgo, siempre y cuando se expidan exclusivamente por la lesión o patología derivada del riesgo de trabajo.</p> <p>¿El Trabajador reanuda labores dentro de las 52 semanas de licencia médica expedida por la lesión generada por el riesgo de trabajo reconocido como Sí de Trabajo?</p> |
|  | 34.A | <p>No. Establece el seguimiento del tratamiento del Trabajador hasta por 52 semanas más para que al término de éstas, el MRMTSP del ISSSTE dictamine el alta definitiva o la indemnización respectiva (Frac. I Art. 519 de la Ley federal del trabajo), siempre y cuando presente evidencia de seguimiento de valoración de secuelas trimestral ante el DMTSP del ISSSTE.</p> <p>Pasa a la actividad No. 36.</p>  |
|  | 34.B | <p>Sí. Indica al Trabajador presentarse a su Unidad Administrativa con: RT-04 alta médica por riesgo de trabajo respectiva o el RT-09 Trámite riesgo de trabajo gratuito, Certificado médico de invalidez por enfermedad o accidente ajeno al trabajo, de incapacidad total o parcial, defunción por riesgo de trabajo (valoración de secuelas), para reintegrarse a sus funciones de manera cotidiana, constante y permanente.</p> <p>Pasa a la actividad No. 35.</p>                                      |
|  | 35   | Solicita al Área Central de Incidencias la aplicación de responsabilidades en los casos calificados como no de trabajo, improcedentes, alta médica e incapacidad parcial permanente, y comienza a considerar las licencias médicas expedidas por la lesión generada por el riesgo no o sí reconocido  |

*[Handwritten signatures and initials on the right margin of the table]*

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

*[Large handwritten signature at the bottom right]*

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

|  |      |   |
|--|------|---|
|  |      | <p>como profesional, con alta médica o con incapacidad parcial permanente, así como por enfermedad general.</p> <p>Solicita al STD de la CCMSHT asesoría en la aplicación de incidencias por licencias médicas de los casos pendientes de calificación y de aquellos ya calificados como sí de trabajo que no cuenten con alta médica, valoración de secuelas o incapacidad permanente.</p>   |
| Área de Centralización de Incidencias                    | 36   | <p>Recibe físicamente reporte de incidencias quincenal por parte del RRHUA para aplicar en el SIAP aquellas responsabilidades por excedente de licencias médicas por enfermedad general o pago de indemnizaciones en casos de riesgos de trabajo calificados como sí o no de trabajo, improcedentes, alta médica e incapacidad parcial permanente.</p> <p>¿Se realizó la aplicación de responsabilidad o pago de incidencias de forma correcta?</p>   |
|  | 36.A | <p>Sí. Se enlaza con el procedimiento.</p> <p>U400-DRHSRL-P18 Procedimiento para el control de incidencias.<br/>U400-DRHSRL-P18-IT01 Instrucción de trabajo para control de incidencias.<br/>U400-DRHSRL-P14 Procedimiento para generación de nómina.</p>   |
|  | 36.B | <p>No. Solicita asesoría al STD de la CCMSHT.</p> <p>Pasa a la actividad No.37.</p>   |
| STD de la CCMSHT.  | 37   | <p>Asesora al Área de Centralización de Incidencias y al RRHUA en la aplicación de licencias médicas de los casos pendientes de calificación y de aquellos ya calificados como sí de trabajo que no cuenten con alta médica, valoración de secuelas o incapacidad permanente.</p>   |
|  | 38   | <p>Elabora relación de expedientes administrativos de probable riesgo de trabajo, así como de los dictámenes emitidos por el DMTSP del ISSSTE. RT-01 solicitud de calificación de probable riesgo de trabajo, RT-04 alta médica, RT-09 trámite riesgo de trabajo gratuito (certificado médico de invalidez por enfermedad o accidente ajeno al trabajo; de incapacidad total o parcial; defunción por riesgo de trabajo) de valoración de secuelas y copia del oficio de notificación de improcedencia del probable riesgo de trabajo para entregarlos mediante correo electrónico en formato PDF o físicamente al Responsable de Archivo del EUP, para su integración y resguardo de información con carácter de reservada de acuerdo a LTAIPEQ.</p> |
| Responsable de Archivo del Expediente Único de Personal. | 39   | <p>Recibe del STD de la CCMSHT vía correo electrónico en formato PDF la relación y los expedientes administrativos de probable riesgo de trabajo, así como de forma física los dictámenes emitidos por el DMTSP del ISSSTE, resguarda en EUP.</p> <p><b>Ver:</b> U400-DRHSRL-P16 Procedimiento para la integración y control del Expediente único de personal.</p> <p><b>Fin.</b></p>   |

#### DIAGRAMA.

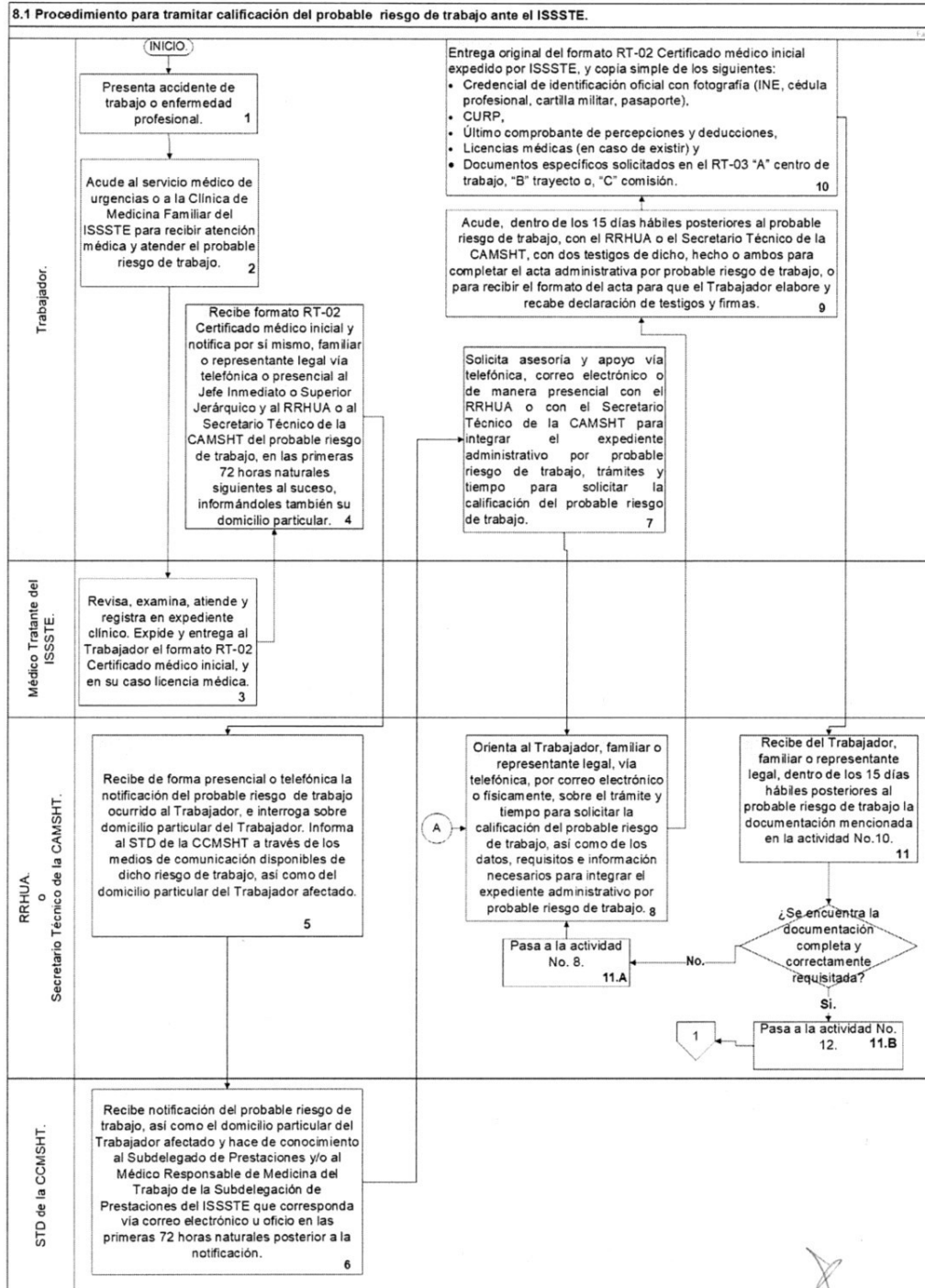
Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

14/31

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.



Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

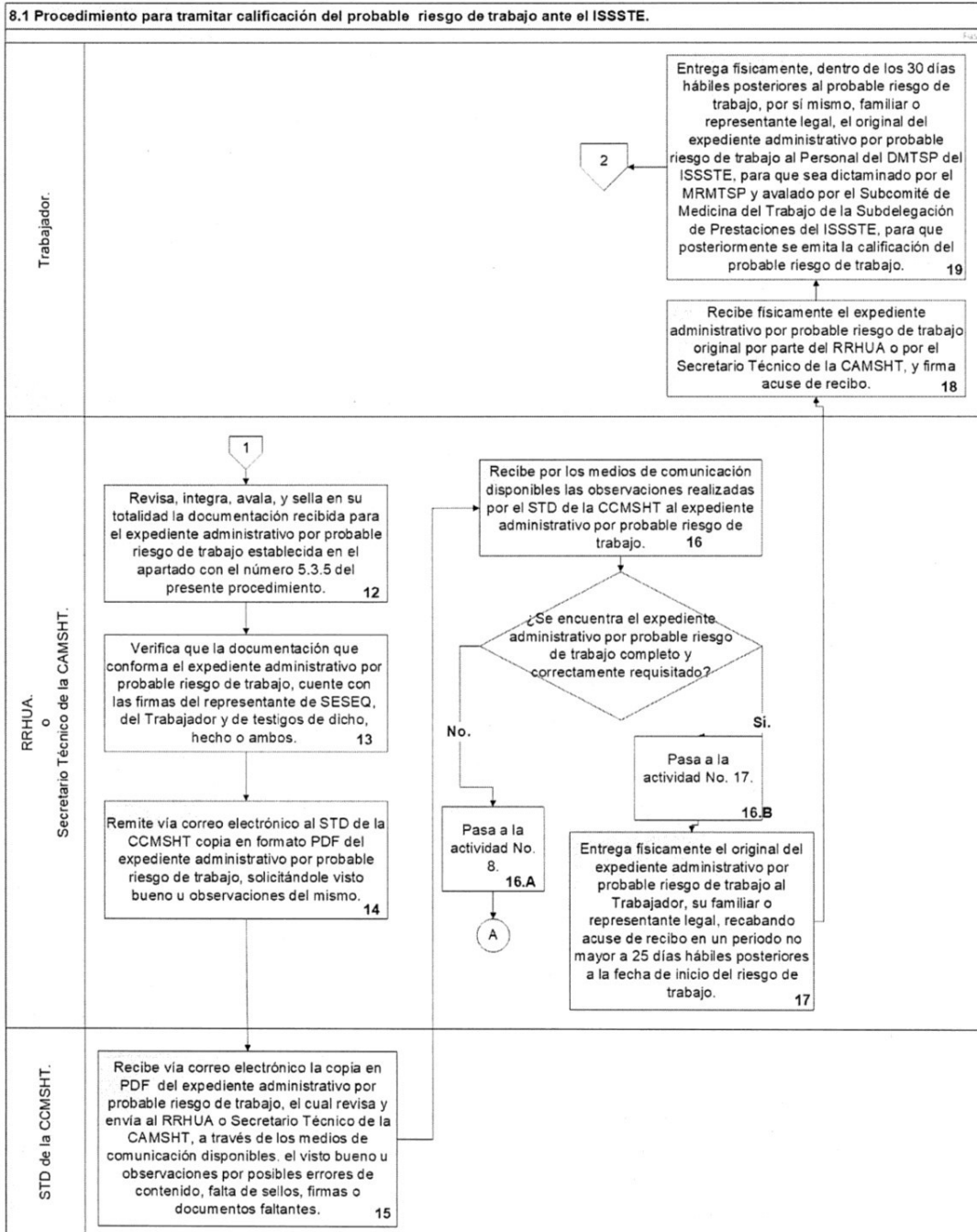
Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

*[Handwritten signatures and initials on the right side of the page]*

*[Large handwritten signature at the bottom right]*

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.



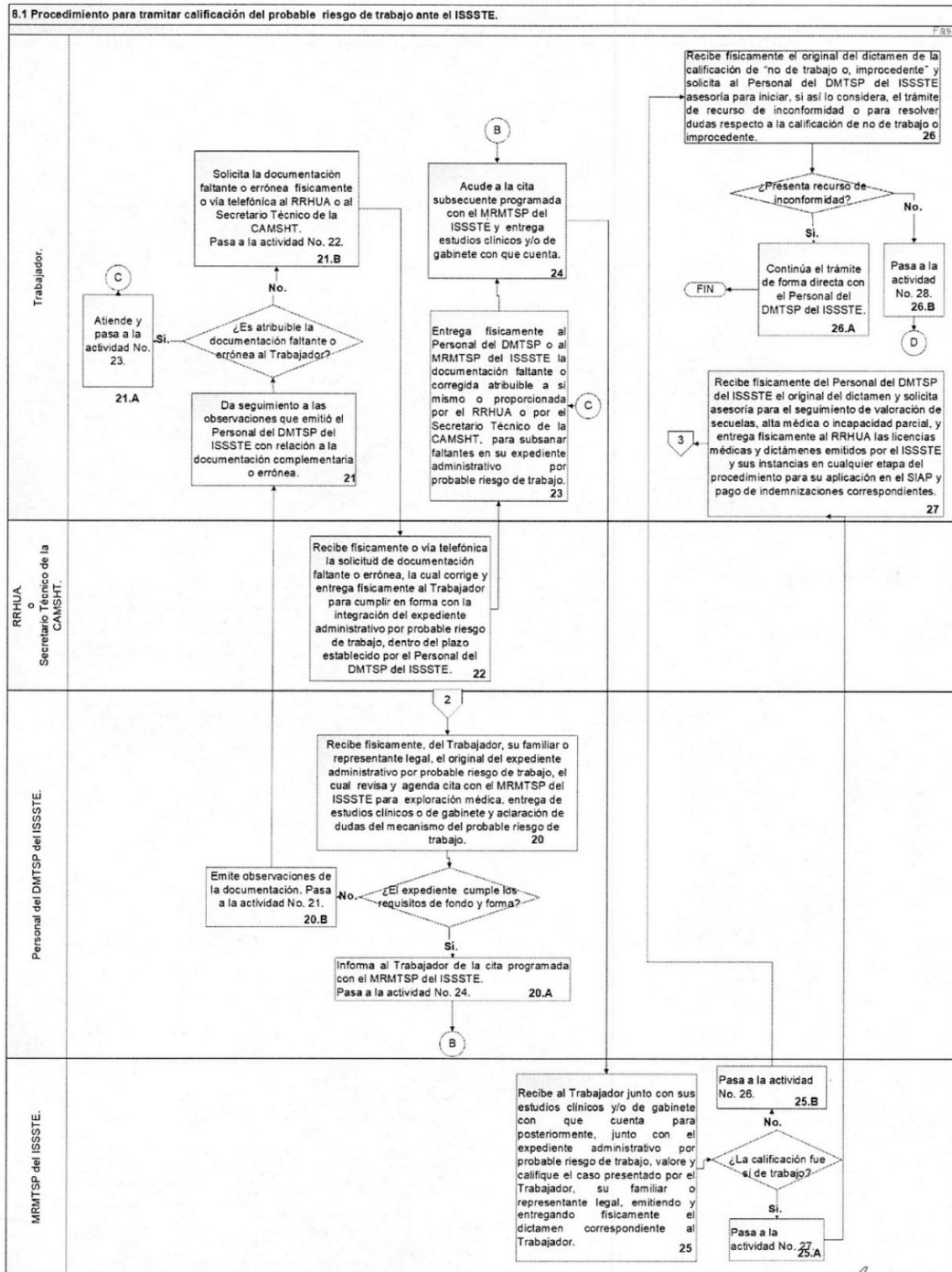
Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.



Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.



Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.



Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

9.0 CONTROL DE CAMBIOS.

| REVISIÓN | FECHA                    | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO   |
|----------|--------------------------|--|
| A        | 5 de diciembre del 2017. | Publicación del procedimiento en el periódico oficial del Gobierno del Estado de Querétaro "La Sombra de Arteaga". |
| B        | Mayo 2023                | Actualización del procedimiento.   |

10. ANEXOS.

Anexo 1. Reporte de probable riesgo de trabajo.



SUBDIRECCIÓN DE  
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE  
QUERÉTARO

DR. NUM. 8014/38/DRHSRL/0271/0018

Santiago de Querétaro, Qro.,

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 SUBDELEGADO DE PRESTACIONES  
 DEL I.S.S.T.E. EN QUERÉTARO.  
 P R E S E N T E.

Con fundamento en el Artículo 60 de la Ley del ISSSTE en vigor, hago de su conocimiento que el (la) C. XXXXXXXXXXXXXXXX, con R.F.C. XXXXXXXXXXXX, adscrito (a) a XXXXXXXXXXXX, sufrió un probable riesgo de trabajo en su XXXXXXXX, el día XXXXXXXX del año en curso.

No omito informar a usted que con fecha XXXXXXXX es notificado el incidente a la Subdirección de Relaciones Laborales para ser reportado ante el Instituto.

Agradeciendo su atención al presente y sin otro en particular, quedo de usted.

ATENTAMENTE

SUBDIRECTOR DE RELACIONES LABORALES DE  
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

S.S.B. - Minutario.

*[Handwritten signatures and initials on the right side of the document]*

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.


Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

*[Large handwritten signature at the bottom right]*

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

**Anexo 2. RT-01. Solicitud de calificación de probable riesgo de trabajo. (Anverso y reverso).**

|   |  |               |
|---|--|---------------|
| <br>ISSSTE | SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES<br>SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO | FORMATO RT 01 |
|---|--|---------------|

| Fecha |     |     |
|-------|-----|-----|
| DÍA   | MES | AÑO |
|       |     |     |

CP TEODORO ALBERTO ORTEGA RIVAS  
 SUBDELGADO DE PRESTACIONES DE LA  
 DELEGACIÓN ISSSTE QUERETARO

CON APEGO A LO DISPUESTO EN LA LEY DEL ISSSTE, SOLICITO LA CALIFICACIÓN TÉCNICA DEL RIESGO DE TRABAJO QUE DESCRIBO A CONTINUACIÓN:

NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE (S) \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR \_\_\_\_\_ CALLE \_\_\_\_\_ No. EXTERIOR \_\_\_\_\_ No. INTERIOR \_\_\_\_\_

COLONIA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DELEGACIÓN O MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FAMILIAR O EN SU CASO DEL REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO POR EL TRABAJADOR \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO H \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ No. DE EMPLEADO \_\_\_\_\_

PUESTO \_\_\_\_\_ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_

FECHA DE 1a. COTIZACIÓN AL ISSSTE \_\_\_\_\_

FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O PROBABLE INICIO DE LA ENFERMEDAD

|     |     |     |      |
|-----|-----|-----|------|
| DÍA | MES | AÑO | HORA |
|     |     |     |      |

|  |          |                          |                            |              |
|--|----------|--------------------------|----------------------------|--------------|
| DEPENDENCIA  | COMISIÓN | EN TRAYECTO A SU TRABAJO | EN TRAYECTO A SU DOMICILIO | TIEMPO EXTRA |
| DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA Y SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN LAS QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE. EN CASO DE ENFERMEDAD DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN A LOS MISMOS. |          |                          |                            |              |
|  |          |                          |                            |              |

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA \_\_\_\_\_ NUMERO DE RAMO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ CALLE \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_ CENTRO DE ADSCRIPCIÓN \_\_\_\_\_

COLONIA \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

JEFE INMEDIATO QUE TOMA CONOCIMIENTO INICIAL DEL RIESGO \_\_\_\_\_

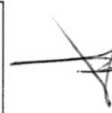
PUESTO \_\_\_\_\_ No. PUESTO \_\_\_\_\_

FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL MISMO

|     |     |     |      |      |
|-----|-----|-----|------|------|
| DÍA | MES | AÑO | HORA | MIN. |
|     |     |     |      |      |

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA DEPENDENCIA

\_\_\_\_\_  
 JEFE DEL DEPTO. DE REL. LABORALES

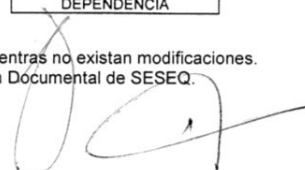


SELLO DE LA DEPENDENCIA

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.


Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.





Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

|   |  |               |
|---|--|---------------|
|  | <b>SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS SOCIALES Y CULTURALES</b><br><b>SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO</b> | FORMATO RT 01 |
|   |  |               |

**DICTAMEN DE CALIFICACION**

| NATURALEZA DEL RIESGO       | FECHA |     |     |      |
|-----------------------------|-------|-----|-----|------|
|                             | DÍA   | MES | AÑO | HORA |
| ACCIDENTE CENTRO DE TRABAJO |       |     |     |      |
| ACCIDENTE EN COMISIÓN       |       |     |     |      |
| ACCIDENTE EN TRAYECTO       |       |     |     |      |
| ENFERMEDAD DE TRABAJO       |       |     |     |      |
| DEFUNCIÓN                   |       |     |     |      |

|   |     |     |     |      |
|---|-----|-----|-----|------|
| FECHA EN QUE SE PRESENTÓ POR PRIMERA VEZ A LA ATENCIÓN MÉDICA | DÍA | MES | AÑO | HORA |
|   |     |     |     |      |

PARA USO DEL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO

**DIAGNÓSTICOS**

**CONCLUSIONES**

CONFORME A LOS ELEMENTOS APORTADOS Y ANALISIS DEL MECANISMO REALIZADO ENTRE EL RIESGO OCURRIDO Y EL TRABAJO DESEMPEÑADO SE DETALLAN COMO CAUSAS QUE FUNDAN Y MOTIVAN LA CALIFICACIÓN DE PROCEDENCIA O IMPROCEDENCIA DE PROFESIONALIDAD, LAS SIGUIENTES:

POR LO CONSIGUIENTE, EL RIESGO DE TRABAJO SE CALIFICA COMO

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| "SI DE TRABAJO" | "NO DE TRABAJO" |
|-----------------|-----------------|

LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 23, 34, 36,37 Y 40 FRACCIÓN I DE LA LEY DEL ISSSTE; 63, 131, 126 FRACCIÓN II, DEL REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL ISSSTE III DE LA LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO, 15 FRACCIÓN I Y VI DEL REGLAMENTO DE LAS DELEGACIONES DEL ISSSTE, 43 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE, EN CASO DE IMPROCEDENCIA EL TRABAJADOR TIENE 30 DÍAS HÁBILES PARA TRAMITAR SU DESACUERDO, 13 DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS.

**LUGAR Y FECHA EN QUE SE ELABORÓ**

|  |  |
|--|--|
| <b>NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE DE MEDICINA DEL TRABAJO QUE CALIFICA</b> | <b>Vo. Bo. DEL DELEGADO EN CASO DE IMPROCEDENCIA</b> |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| Vo. Bo.<br>JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES Y SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO | FIRMA DEL SUBDELEGADO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS |
|---|--|

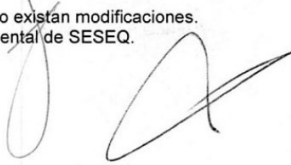
- C c.p
- TRABAJADOR
  - DEPENDENCIA - PRESENTE
  - UNIDADES MÉDICAS - PRESENTE
  - SUBDELEGACIÓN MÉDICA - PRESENTE
  - SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES - PRESENTE

SELLO DE LA DELEGACION

NOTA IMPORTANTE: EN CASO DE IMPROCEDENCIA ESTE FORMATO DEBERA TENER LA FIRMA DEL DELEGADO ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno. Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ. 21/31

Tempo en activo: Mientras no existan modificaciones.



*Handwritten notes and signatures on the right margin:*

R

*[Signature]*


*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

**Anexo 3. RT-03 A. Requisitos para el trámite de calificación de riesgos de trabajo. Centro de trabajo. (Anverso)**

|   |   |                 |
|---|---|-----------------|
|  | REQUISITOS PARA TRÁMITE DE CALIFICACIÓN<br>DE RIESGOS DE TRABAJO<br>(CENTRO DE TRABAJO) | FORMATO RT-03 A |
|---|---|-----------------|

|   |          |  |  |
|---|----------|--|--|
| SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONE: _____<br><br>TRABAJADOR _____<br><br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: x-small;">                 R.F.C.             </td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: x-small;">                 TELÉFONO             </td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: x-small;">                 DÍA    MES    AÑO<br/>                 FECHA DE SOLICITUD (RT01)             </td> </tr> </table><br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; font-size: x-small;">                 NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO             </div> | R.F.C.   | TELÉFONO                                       | DÍA    MES    AÑO<br>FECHA DE SOLICITUD (RT01) |
| R.F.C.  | TELÉFONO | DÍA    MES    AÑO<br>FECHA DE SOLICITUD (RT01) |  |

|  |
|--|
| REQUISITOS<br>(ART. 40 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES<br>ECONÓMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE) |
|--|

**I**

|   |  |  |
|---|--|--|
| 1 | SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01) |  |
| 2 | CERTIFICACIÓN DE SUELDOS   |  |
| 3 | HORARIO DE LABORES   |  |
| 4 | TALÓN DE PAGO RECIENTE   |  |

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

**II**

|   |   |  |
|---|---|--|
| 5 | CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02)                                      |  |
|   | FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIO AL PACIENTE                              |  |
|   | LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIA MÉDICAS OTORGADA                              |  |
| 6 | NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS, DE EXISTIR (No obtuvo este documento) |  |
| 7 | COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS  |  |

LA DOCUMENTACIÓN 5, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.

**III**

|   |                     |  |
|---|---------------------|--|
| 8 | AVERIGUACIÓN PREVIA |  |
|---|---------------------|--|

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

**IV: POR MUERTE DEL TRABAJADOR**

|    |   |  |
|----|---|--|
| 9  | COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN |  |
| 10 | COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY            |  |
| 11 | EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICA POSTMORTEM  |  |

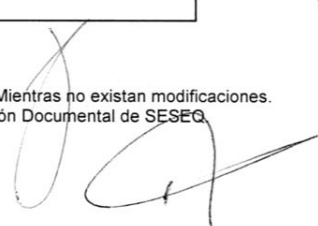
ADEMÁS, SE DEBERÁ ENTREGAR, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN LOS APARTADOS I, II Y III.

ANVERSO

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.


Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ. 22/31



Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

(Reverso)

|   |   |                 |
|---|---|-----------------|
|  | REQUISITOS PARA TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (CENTRO DE TRABAJO) | FORMATO RT-03 A |
|---|---|-----------------|

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 DE 10 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LE NOTIFIQUE LA PREVENCIÓN, DE LO CONTRARIO EL ISSSTE LEVARÁ 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                   |   |
| <table border="1"><tr><td>SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES</td></tr></table> | SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES |
| SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES   |   |

C.C.P. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR

REVERSO

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.


Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

*[Handwritten signatures and marks on the right side of the page]*

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

**Anexo 4. RT-03 B. Requisitos para el trámite de calificación de riesgos de trabajo. Trayecto.**  
(Anverso)

|  |   |
|--|---|
| <br><b>ISSSTE</b> | FORMATO RT-03 B<br><br><b>REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN<br/>DE RIESGOS DE TRABAJO<br/>(TRAYECTO)</b> |
|--|---|

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: \_\_\_\_\_

TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

|   |     |     |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |   |     |     |     |  |  |  |                           |  |  |
|---|-----|-----|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|---|-----|-----|-----|--|--|--|---------------------------|--|--|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td colspan="8" style="text-align: center;">RFC</td></tr> </table> |     |     |  |  |  |  |  |  | RFC |  |  |  |  |  |  |  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td colspan="8" style="text-align: center;">TELÉFONO</td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  | TELÉFONO |  |  |  |  |  |  |  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">DÍA</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" 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. 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<br>(DOMICILIO-ESTANCIA INFANTIL-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO-ESTANCIA INFANTIL- DOMICILIO) |  |
| 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 DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS                               |                                    |  |
| 9.  | COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS         |  |
| 10.   | NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS.  |  |
| -FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE |                                    |  |

**III.**

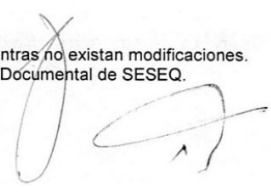
|     |   |  |
|-----|---|--|
| 11. | AVERIGUACIÓN PREVIA                             |  |
| 12. | REPORTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL, EN SU CASO |  |
| 13. | PARTE DE AMBULANCIA                             |  |

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

ANVERSO

(Reverso)

m  
 n  
 p









Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

**Anexo 5. RT-03 C. Requisitos para el trámite de calificación de riesgos de trabajo. Comisión (Anverso)**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
|  | <b>REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO (COMISION)</b> | FORMATO RT-03 C |
|---|--|-----------------|

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES EN: \_\_\_\_\_

TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

|   |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|---|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-----|-----|--|--|--|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table> RFC |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table> TELEFONO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; font-size: x-small;">DÍA</td> <td style="width: 20%; text-align: center; font-size: x-small;">MES</td> <td style="width: 60%; text-align: center; font-size: x-small;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; height: 15px;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center; height: 15px;"></td> <td style="width: 60%; text-align: center; height: 15px;"></td> </tr> </table> FECHA DE SOLICITUD (RT01) | DÍA | MES | AÑO |  |  |  |
|   |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|   |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| DÍA   | MES | AÑO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|   |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |

|  |
|--|
| 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. | OFICIO O PLIEGO DE COMISION  |  |
| 6. | CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO   |  |
| 7. | CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA COMISION  |  |
| 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, 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 MEDICO INICIAL (RT-02)<br>-FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE<br>-LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS |  |
| 11. | COPIA DE LICENCIAS MEDICAS   |  |
| 12. | NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS.<br>-FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE                   |  |

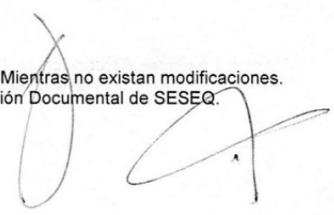
LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO II, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA DE LA AUTORIDAD MÉDICA QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO Y SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RESPECTIVA.

ANVERSO

m/a


J

J

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

(Reverso)

|   |  |
|---|--|
|  | FORMATO RT-03 C  |
|   | <b>REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN<br/>DE RIESGOS DE TRABAJO<br/>(COMISION)</b> |

**III**

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 13. | AVERIGUACION PREVIA                                     |  |
| 14. | EXAMENES QUIMICO-TOXICOLOGICOS                          |  |
| 15. | PARTE DE LA POLICIA FEDERAL PREVENTIVA (SECTOR CAMINOS) |  |
| 16. | PARTE DE ASEGURADORA DE AUTOMOVIL                       |  |
| 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. | COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCION |  |
| 19. | COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY            |  |
| 20. | EXAMEN QUIMICO-TOXICOLOGICO 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 ENTREGUE LO SOLICITADO EN EL PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES, QUEDANDO APERCIBIDO QUE A FALTA DE ALGUN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MEDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERA SUBSANAR LA OMISION EN UN TERMINO NO MAYOR A LOS 10 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE LE NOTIFIQUE LA PREVENCION, DE LO CONTRARIO EL ISSSTE LLEVARA 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<br><br><div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin: 0 auto; text-align: center;">           SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES         </div> |  |

CCP. EXPEDIENTE DEL TRABAJADOR REVERSO

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

Anexo 6. Cédula de identificación inicial

|   |                      |  |                        |   |                                 |   |     |     |
|---|----------------------|--|------------------------|---|---------------------------------|---|-----|-----|
|                              |                      | INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO |                        | <b>CEDULA DE IDENTIFICACIÓN INICIAL</b> |                                 |  |     |     |
| FECHA   | DIA                  | MES  | AÑO                    | DELEGACION                              |                                 |   |     |     |
| APELLIDO PATERNO  |                      | APELLIDO MATERNO   |                        | NOMBRE (S)                              |                                 |   |     |     |
| RFC   |                      | CURP   |                        |   |                                 |   |     |     |
| DOMICILIO PARTICULAR  |                      | CALLE Y NUMERO   |                        | COLONIA Y C.P.                          |                                 | DELEGACION  |     |     |
| EDAD  | <input type="text"/> | SEXO   | M <input type="text"/> | F <input type="text"/>                  | TEL. PARTICULAR                 |   |     |     |
| DEPENDENCIA   |                      |  |                        | CLINICA DE ADSCRIPCION                  |                                 |   |     |     |
| UNIDAD MEDICA DONDE ACTUALMENTE RECIBE ATENCION MEDICA  |                      |  |                        | NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE              |                                 |   |     |     |
| ¿DESDE QUE FECHA RECIBE ATENCION MEDICA POR ESTE RIESGO DE TRABAJO?   |                      |  |                        |   | FECHA                           | DIA   | MES | AÑO |
| ¿RECIBE LICENCIAS MEDICAS POR ESTE RIESGO DE TRABAJO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                      |  |                        |   | TOTAL DE DIAS ANPARADOS         |   |     |     |
| ¿DE QUE UNIDAD MEDICA ES LA ULTIMA LICENCIA MEDICA?   |                      |  |                        |   | FECHA DE ULTIMA LICENCIA MEDICA | DIA   | MES | AÑO |
| ¿HA TENIDO OTRO RIESGO DE TRABAJO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                    |                      |  |                        |   | FECHA                           | DIA   | MES | AÑO |
| _____<br>NOMBRE DEL TRABAJADOR  |                      |  |                        |   | _____<br>FIRMA                  |   |     |     |

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

Anexo 7. Acta administrativa por probable riesgo de trabajo. Hoja 1.

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   | <p>SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ<br/>Dirección de Recursos Humanos</p>  | <p>SUBDIRECCIÓN DE RELACIONES LABORALES<br/>COMISION CENTRAL MIXTA DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO</p> |  |
| <b>ACTA ADMINISTRATIVA POR PROBABLE RIESGO DE TRABAJO</b>   |   |   |  |
| <p>AL MARGEN IZQUIERDO O DERECHO EN CADA UNA DE LAS HOJAS QUE INTE... GRAN EL ACTA, EXCEP... TUANDO LA HOJA DE FIRMAS</p> | <p>EN LA CIUDAD DE <u>XXXXXXXXXXXX</u> QRO., SIENDO LAS <u>XX:XX</u> HORAS DEL <u>FECHA DE INICIO DEL LEVANTAMIENTO DEL ACTA (DIA, MES Y AÑO)</u>, EN LA OFICINA QUE OCUPA <u>(UNIDAD, AREA JEFATURA O DEPARTAMENTO DEL REPRESENTANTE DE LA INSTITUCION)</u> DE SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO, CON SEDE EN <u>DIRECCION COMPLETA DE LA UNIDAD AREA JEFATURA O DEPARTAMENTO CON CODIGO POSTAL</u>, ANTE LA PRESENCIA DE <u>NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA INSTITUCION</u>, CARGO DEL REPRESENTANTE DE LA INSTITUCION, SE ENCUENTRAN LOS CC. <u>NOMBRE COMPLETO DEL ACCIDENTADO</u>, <u>NOMBRE COMPLETO DEL TESTIGO 1</u> Y <u>NOMBRE COMPLETO DEL TESTIGO 2</u>, CON LA FINALIDAD DE PROCEDER AL LEVANTAMIENTO DEL ACTA ADMINISTRATIVA POR PROBABLE RIESGO DE TRABAJO, OCURRIDO AL (A LA) C. <u>NOMBRE COMPLETO DEL ACCIDENTADO</u>, CON R.F.C. <u>XXXXXXXXXXXX</u>, CON HORARIO DE <u>XX:XX</u> HORAS DE <u>DIAS DE LA SEMANA QUE LABORA</u>, CON CLAVE PRESUPUESTAL <u>XXXXXXXXXXXX</u> CON PUESTO DE <u>XXXXXXXXXXXX</u>, CON FUNCIONES DE <u>XXXXXXXXXXXX</u> EN <u>AREA O DEPARTAMENTO DONDE ESTA ADSCRITO</u> DEPENDIENTE DE <u>CITAR LA UNIDAD, DEPARTAMENTO DE LA QUE DEPENDE DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO</u>, CON DOMICILIO PARTICULAR EN CALLE <u>XXXXXXXX</u> No. <u>EXTERIOR E INTERIOR XX</u>, COL. <u>XXXXXXXX</u>, C.P. <u>XXXXX</u>, <u>DELEGACION O MUNICIPIO</u>, QRO.-----</p> |   |  |
| <p>*SELLO DE LA UNIDAD DE ADSCRIPCION DEL ACCIDENTA DO Y *FIRMAS DE:</p>  | <p>EL REPRESENTANTE DE LA INSTITUCION,<br/><br/>DEL ACCIDENTA DO Y<br/><br/>LOS DOS TESTIGOS</p> <p>APERCEBIDOS DE LAS PENAS EN QUE INCURREN LOS FALSOS DECLARANTES Y PROTESTANDO CONDUCIRSE CON LA VERDAD, TOMA LA PALABRA EL (LA) C. <u>NOMBRE COMPLETO DEL ACCIDENTADO</u>, QUIEN MANIFIESTA QUE- EL DIA <u>RATIFICAR LA FECHA EN QUE OCURRE EL PROBABLE RIESGO</u>, SIENDO APROXIMADAMENTE LAS <u>HORA APROXIMADA EN QUE OCURRE EL PROBABLE RIESGO</u>, (testimonio detallado del incidente indicando y precisando las partes del cuerpo que se <u>lesiona v/ adolece</u>). ES TODO CUANTO TENGO QUE DECIR Y TODO CUANTO HE DICHO ES VERDAD. -----</p>  |   |  |
| <p>EL REPRESENTANTE DE LA INSTITUCION,<br/><br/>DEL ACCIDENTA DO Y<br/><br/>LOS DOS TESTIGOS</p>                          | <p>SE LE CONCEDE LA PALABRA AL (A LA) C. <u>NOMBRE COMPLETO DEL TESTIGO 1</u>, CON R.F.C. <u>XXXXXXXXXXXX</u>, CON CLAVE PRESUPUESTAL <u>XXXXXXXXXXXX</u> CON HORARIO DE <u>XX:XX</u> HORAS, CON PUESTO DE <u>XXXXXXXXXXXX</u>, CON FUNCIONES DE <u>XXXXXXXXXXXX</u> EN <u>AREA DEPARTAMENTO O UNIDAD DE ADSCRIPCION</u>, DEPENDIENTE DE <u>CITAR LA UNIDAD, DEPARTAMENTO DE LA QUE DEPENDE DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO</u>, CON DOMICILIO PARTICULAR EN CALLE <u>XXXXXXXXXXXX</u> No. <u>EXTERIOR E INTERIOR XX</u>, COL. <u>XXXXXXXX</u>, C.P. <u>XXXXX</u>, <u>DELEGACION O MUNICIPIO</u>, QRO, QUIEN DECLARA QUE-</p>  |   |  |

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno. Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ. 29/31

Handwritten signatures and initials on the right side of the page.

Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

Acta Administrativa por probable riesgo de trabajo. Hoja 2.

EL DIA FECHA PRECISA EN QUE OCURRE EL PROBABLE RIESGO, A LAS RATIFICAR HORA APROXIMADA DEL PROBABLE RIESGO, (se narra el testimonio del testigo 1 ratificando el testimonio y las partes que se lesiona o adolece el accidentado). ES TODO CUANTO TENGO QUE DECIR Y TODO LO QUE HE DICHO ES VERDAD -----

SE LE CONCEDE LA PALABRA AL (A LA) C. NOMBRE COMPLETO DEL TESTIGO 2, CON R.F.C. XXXXXXXXXX CON CLAVE PRESUPUESTAL XXXXXXXXXXXXXXXXXX, CON HORARIO DE XX:XX HORAS, CON PUESTO DE XXXXXXXXXX, CON FUNCIONES DE XXXXXXXXXXXXXXXXXX, EN AREA DEPARTAMENTO O UNIDAD DE ADSCRIPCION, DEPENDIENTE DE CITAR LA UNIDAD DEPARTAMENTO DE LA QUE DEPENDE DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO, CON DOMICILIO PARTICULAR EN CALLE XXXXXXXXXX, No. INTERIOR Y EXTERIOR XX, COL. XXXXXXXX, C.P. XXXXX, DELEGACION O MUNICIPIO, QRO, QUIEN DECLARA QUE-----

EL DIA RATIFICAR FECHA DEL PROBABLE RIESGO, A LAS RATIFICAR HORA APROXIMADA DEL PROBABLE RIESGO, (Se narra el testimonio del testigo 2 ratificando el testimonio y las partes que se lesiona o adolece el accidentado). ES TODO CUANTO TENGO QUE DECIR Y TODO LO QUE HE DICHO ES VERDAD -----

SIN MAS QUE TRATAR SE DA POR TERMINADA LA PRESENTE ACTA SIENDO LAS XX:XX HORAS DEL DIA FECHA EN QUE SE CONCLUYE EL ACTA, GENERALMENTE ES EL MISMO DIA DE SU ENICIO, FIRMANDO PARA SU LEGAL CONSTANCIA AL MARGEN Y AL CALCE LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON.

SELLO DE LA UNIDAD DE ADSCRIPCION DEL ACCIDENTADO

**NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA DEPENDENCIA**

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO**

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO 1  
SEGUN SU NATURALEZA PUEDE SER DE DICHO O HECHO**

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO 2  
SEGUN SU NATURALEZA PUEDE SER DE DICHO O HECHO**

***Nota: el logotipo oficial de recursos humanos deberá cambiarse por el que corresponda a la unidad aplicativa de SESEQ que expide el acta.***



Clave: U400-DRHSRL-P07 Procedimiento para tramitar calificación del probable riesgo de trabajo ante el ISSSTE.

Anexo 8. Constancia de servicios por riesgo de trabajo.



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Recursos Humanos

Oficio Número: 5014/SS/DRH/SESEQ/0898/2015.  
Santiago de Querétaro, Qro., a XXXXXXXXXXXX.

A QUIEN CORRESPONDA:

EL ò LA que suscribe, hace constar que en los expedientes que obran en poder de estos Servicios de Salud del Estado de Querétaro, existen los datos que a continuación se detallan del (de la) C. NOMBRE DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

- R.F.C.
- ADSCRIPCION:
- PUESTO:
- FUNCIONES
- SUELDO MENSUAL
- BRUTO:
- HORARIO:
- TURNO:
- JORNADA:
- EN SERVICIO:

A petición del interesado (a) y para los fines legales a que haya lugar, se extiende la presente.

ATENTAMENTE

XX XXXXXX XXXXXX XXXXXX  
CARGO DEL REPRESENTANTE DE LA INSTITUCION QUE FIRMA  
UNIDAD QUE REPRESENTA EL QUE FIRMA

I  
c.s.g. -Minutario.

*[Handwritten marks and signatures on the right side of the document]*

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno. Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Vigencia documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ.  
31/31

*[Large handwritten signature at the bottom right]*