



**REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO  
(COMISIÓN)**

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

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

RFC									

TELÉFONO									

DÍA		MES		AÑO	
FECHA DE SOLICITUD (RT01)					

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

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

**I.**

1.	SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (RT-01)	
2.	ACTA ADMINISTRATIVA	
3.	CERTIFICACIÓN DE SUELDOS	
4.	HORARIO DE LABORES	
5.	OFICIO O PLIEGO DE COMISIÓN	
6.	CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DEL PUESTO	
7.	CONSTANCIA DE DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN	
8.	CROQUIS Y TIEMPOS DE RECORRIDO HABITUAL (DOMICILIO TEMPORAL-CENTRO DE TRABAJO / CENTRO DE TRABAJO- DOMICILIO TEMPORAL)	
9.	TALÓN DE PAGO RECIENTE	

**LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN EL APARTADO I, DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.**

**II.**

10.	CERTIFICADO MÉDICO INICIAL (RT-02) -FECHA Y HORA EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE -LESIÓN Y DÍAS DE LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS	
11.	COPIA DE LICENCIAS MÉDICAS	
12.	NOTA MÉDICA INICIAL DE URGENCIAS. -FECHA, HORA Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDICIONES EN QUE SE RECIBIÓ AL PACIENTE.	

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

**ANVERSO**



**REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE CALIFICACIÓN  
DE RIESGOS DE TRABAJO  
(COMISIÓN)**

**III.**

13.	AVERIGUACIÓN PREVIA	
14.	EXAMENES QUÍMICO-TOXICOLÓGICOS	
15.	PARTE DE LA POLICÍA FEDERAL PREVENTIVA (SECTOR CAMINOS)	
16.	PARTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL	
17.	PARTE DE AMBULANCIA	
<b>LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN ESTE APARTADO, DEBERÁ CONTENER FIRMA AUTÓGRAFA Y SELLO DE LA AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO RIESGO, EN SU CASO.</b>		

**IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR**

18.	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
19.	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY	
20.	EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICO POST-MORTEM	
<b>ADEMÁS, DEBERÁ ENTREGARSE, EN CASO DE SER NECESARIO, TODA LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN LOS APARTADOS I, II, Y III.</b>		

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

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA DE ENTREGA DE ESTE FORMATO DE REQUISITOS

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE ENTREGA EL PRESENTE FORMATO

SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES