

**FORMATO RT-03 C**

**(ANEXO 8)**

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

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

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td colspan="10" style="text-align: center;">RFC</td></tr> </table>											RFC										<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td colspan="10" style="text-align: center;">TELÉFONO</td></tr> </table>											TELÉFONO										<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">DÍA</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">MES</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">AÑO</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr><td colspan="6" style="text-align: center;">FECHA DE SOLICITUD (RT01)</td></tr> </table>	DÍA		MES		AÑO		FECHA DE SOLICITUD (RT01)					
RFC																																																						
TELÉFONO																																																						
DÍA		MES		AÑO																																																		
FECHA DE SOLICITUD (RT01)																																																						
NOMBRE DE FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE, EN SU CASO																																																						

**REQUISITOS**

(ART. 13, 14 Y 15 DEL REGLAMENTO DE DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ)

EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO DEBERÁ SOLICITAR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE CONSIDERE NECESARIA PARA EL CASO EN PARTICULAR  
LOS DOCUMENTOS MARCADOS CON \* SON OBLIGATORIOS

**I.**

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

LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN EL APARTADO I, EXCEPTO EL 3, DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR LA AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO DEL RIESGO Y SELLADA POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR.

**II.**

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

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

**ANVERSO**

**III.**

13.*	AVERIGUACIÓN PREVIA	
14.	EXAMENES QUÍMICO-TOXICOLÓGICOS	
15.	PARTE DE LA POLICÍA FEDERAL PREVENTIVA (SECTOR CAMINOS)	
16.	PARTE DE ASEGURADORA DE AUTOMÓVIL	
17.	PARTE DE AMBULANCIA	

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

**IV. POR MUERTE DEL TRABAJADOR**

18*	AVERIGUACIÓN PREVIA	
19*	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN	
20	COPIA DE LA NECROPSIA DE LEY	
21.	EXAMEN QUÍMICO-TOXICOLÓGICO POST-MORTEM	

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

EL PRESENTE FORMATO ES RECIBIDO POR EL(LA):

C. \_\_\_\_\_

PARA QUE EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 16 DEL REGLAMENTO PARA LA DICTAMINACIÓN EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO E INVALIDEZ, PRESENTE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN UN PLAZO DE 10 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE ESTA FECHA, QUEDANDO APERCIBIDO QUE LA OMISIÓN DE PRESENTACIÓN DE ALGÚN DOCUMENTO REQUERIDO POR EL MÉDICO DE MEDICINA DEL TRABAJO, DEBERÁ SUBSANARSE EN UN TÉRMINO NO MAYOR A 10 DÍAS HÁBILES, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE A AQUEL EN QUE CONCLUYA EL PRIMER PLAZO DE 10 DÍAS. DE LO CONTRARIO, EL ISSSTE LLEVARÁ A CABO EL ANÁLISIS INTEGRAL DEL CASO CON LOS DOCUMENTOS QUE TENGA A LA VISTA.

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

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

	
NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE ENTREGA EL PRESENTE FORMATO	
SELLO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES	

**REVERSO**