



GUÍA DE PREVISIÓN SOCIAL

EN LA SEGURIDAD SOCIAL

1ra. Edición



AGRADECIMIENTOS

La Secretaría General del CEN del SUTERM a través de su Secretaría de Previsión Social, otorga el presente RECONOCIMIENTO al Ing. Alfredo Molina Cotarelo, Delegado Regional Valle de México Sur y a la Licenciada Sara Fátima Teresa Ortega García Coordinadora de Gestores de Previsión Social de la Delegación Regional División de Distribución Valle de México Sur, por su exhaustiva y dedicada labor de recopilación e integración en la elaboración de la GUIA TECNICA DE PREVISION SOCIAL, herramienta útil y necesaria para una adecuada información y buen desempeño de los Secretarios de Previsión Social Seccional, Gestores y Delegados Sindicales del SUTERM en la República Mexicana.

**LIC. MARIA DEL CARMEN ORTEGA ZUÑIGA
SECRETARIA DE PREVISION SOCIAL DEL CEN
DEL SUTERM**

MARZO 2019



PRÓLOGO

La seguridad social es un derecho de todos los trabajadores y sus beneficiarios que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que atiende las prestaciones económicas y sociales velando los principios que rigen la seguridad social que son: Universalidad, Solidaridad, Equidad, Integridad, Igualdad y Unidad, los que a través de las Leyes y Convenios se buscan hacer presentes.

El IMSS es la institución con mayor participación en la salud y bienestar social desde su fundación en 1943, siendo actualmente la más grande de América Latina.

La empresa y la representación sindical juegan un papel muy importante para garantizar la seguridad social para todos, por lo que se han firmado Convenios que en coordinación con el IMSS, buscan la prevención, atención y control de enfermedades y accidentes de trabajo.

Esta guía de previsión social está elaborada con la finalidad de conocer el marco normativo que cubre la seguridad social, facilitar que se dé una correcta orientación a los trabajadores en cuestiones de salud, sensibilizar a los representantes sindicales acerca de la prevención y las necesidades de salud del trabajador, motivar que las solicitudes ante el IMSS se hagan para garantizar la adecuada atención médica, obtener los conocimientos necesarios para dirigirse a las autoridades en apoyo de la resolución de conflictos y obtener una visión global de los requerimientos y beneficios de la seguridad social en la Empresa.



SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 2° LSS. La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.



ÍNDICE

<u>1. El seguro social</u>	<u>10</u>
<u>1.1 Derecho a la salud e instituciones públicas que proveen seguridad Social</u>	<u>12</u>
<u>1.2. El IMSS</u>	<u>13</u>
<u>1.3.Finalidad de la seguridad social (Ley del Seguro Social)</u>	<u>13</u>
<u>1.4. Celebración de los Convenios tripartitos CFE-IMSS-SUTERM</u>	<u>14</u>
<u>1.5. Cláusula 60 del Contrato Colectivo de Trabajo, obligación de CFE ante SUTERM para atención médica a los trabajadores</u>	<u>15</u>
<u>1.6. Reuniones tripartitas CFE-IMSS-SUTERM</u>	<u>16</u>
<u>2. Estructura del IMSS</u>	<u>18</u>
<u>3. Trámites Administrativos</u>	<u>30</u>
<u>3.1. Integración del Número de Seguridad Social</u>	<u>32</u>
<u>3.2. Adscripción a U.M.F (Unidad de Medicina Familiar)</u>	<u>35</u>
<u>3.3. Cambio de U.M.F. (Unidad de Medicina Familiar)</u>	<u>41</u>
<u>3.4. Seguro Facultativo</u>	<u>44</u>
<u>3.5. Autorización permanente para recibir atención médica en circunscripción foránea</u>	<u>49</u>
<u>3.6. Constancia de Vigencia de Derechos</u>	<u>50</u>
<u>3.7. Conservación de Derechos</u>	<u>51</u>
<u>3.8. Regionalización de Servicios Médicos del IMSS</u>	<u>54</u>
<u>4. Atención médica</u>	<u>55</u>
<u>4.1. Atención médica al asegurado (trabajador) en U.M.F.</u>	<u>57</u>
<u>4.2. Atención médica a beneficiarios en U.M.F.</u>	<u>61</u>



<u>4.3. Atención médica en especialidad (H.G.Z., H.G.R., H.G.O.)</u>	<u>66</u>
<u>4.3.1. Citas de primera vez</u>	<u>68</u>
<u>4.4. Atención médica en alta especialidad (C.M.N., U.M.A.E., GINECO)</u>	<u>70</u>
<u>4.5. Consulta en el servicio de urgencias</u>	<u>71</u>
<u>4.5.1 ¿Qué es el “triage”?</u>	<u>72</u>
<u>4.5.2. Proceso de asignación de prioridad</u>	<u>73</u>
<u>4.5.3. Clasificación del paciente</u>	<u>74</u>
<u>4.5.4. Objetivos del “triage”</u>	<u>75</u>
<u>4.5.5. Diagrama del proceso del “triage”</u>	<u>76</u>
<u>4.5.6. Procedimiento para atención médica en el servicio de urgencias</u>	<u>77</u>
<u>4.6. Visita Domiciliaria</u>	<u>80</u>
<u>4.7. Atención médica particular</u>	<u>82</u>
<u>4.7.1. Procedimiento para el reembolso posterior a la atención médica particular</u>	<u>84</u>
<u>4.7.2. Criterios para dictaminar una queja</u>	<u>91</u>
<u>4.7.3. Subrogación de servicios médicos</u>	<u>95</u>
<u>4.7.4. Diferencias entre las solicitudes para la atención médica particular</u>	<u>96</u>
<u>4.8. Receta médica</u>	<u>97</u>
<u>4.9. Viáticos</u>	<u>99</u>
<u>4.10. Prestaciones establecidas en el CCT</u>	<u>102</u>
<u>5. Incapacidades</u>	<u>108</u>
<u>5.1. Seguimiento a incapacidades</u>	<u>110</u>



<u>5.2. Retroactividad de la incapacidad</u>	<u>111</u>
<u>5.3. Emisión del dictamen de invalidez</u>	<u>114</u>
<u>5.3.1. Suspensión de la pensión de invalidez, de incapacidad permanente parcial o de incapacidad permanente total</u>	<u>120</u>
<u>5.4. Incapacidades</u>	<u>121</u>
<u>5.4.1. La incapacidad por un mismo padecimiento y la prórroga para la emisión de ésta</u>	<u>122</u>
<u>5.4.2. Interrupciones de la incapacidad por ocho semanas ante un mismo cuadro patológico</u>	<u>123</u>
<u>5.4.3. Causa para la no expedición de certificado de incapacidad temporal para el trabajo</u>	<u>124</u>
<u>5.5. Incapacidad por riesgo no profesional</u>	<u>125</u>
<u>5.6. Incapacidad por riesgo de trabajo</u>	<u>129</u>
<u>5.6.1. Prestaciones IMSS del Seguro de Riesgos de Trabajo</u>	<u>135</u>
<u>5.7. Incapacidad por Maternidad</u>	<u>139</u>
<u>5.8. Derechos contractuales por riesgo no profesional</u>	<u>143</u>
<u>5.9. Derechos contractuales por riesgo profesional</u>	<u>144</u>
<u>6. Pensiones del Seguro Social</u>	<u>146</u>
<u>6.1. ¿Qué es la pensión?</u>	<u>150</u>
<u>6.2. Tipos de regímenes en que los asegurados pueden pensionarse</u>	<u>150</u>
<u>6.3. Tres grupos de pensiones</u>	<u>151</u>
<u>6.4. Pensión por invalidez</u>	<u>151</u>
<u>6.5. Pensión por incapacidad permanente</u>	<u>153</u>
<u>6.6. Pensión de viudez de un asegurado o pensionado</u>	<u>153</u>



<u>6.7 Pensión de orfandad</u>	<u>155</u>
<u>6.8. Pensión de ascendientes</u>	<u>156</u>
<u>6.9 Retiro anticipado</u>	<u>157</u>
<u>6.10 Pensión de cesantía en edad avanzada</u>	<u>157</u>
<u>6.11. Pensión de vejez</u>	<u>159</u>
<u>6.12. Diferencia entre pensión de cesantía en edad avanzada y pensión de vejez</u>	<u>160</u>
<u>6.13. Beneficiarios para incrementar la pensión de cesantía en edad avanzada o vejez</u>	<u>161</u>
<u>6.14. Pensión modalidad renta vitalicia (pago por aseguradora)</u>	<u>162</u>
<u>6.15. ¿Qué es una aseguradora?</u>	<u>162</u>
<u>6.16. ¿Con qué aseguradoras puedo contratar una renta vitalicia?</u>	<u>163</u>
<u>6.17. ¿Qué premio otorgan cuando eligen una aseguradora?</u>	<u>163</u>
<u>6.18. ¿Qué es el seguro de sobrevivencia?</u>	<u>163</u>
<u>6.19. ¿Qué es la Pensión Mínima Garantizada?</u>	<u>164</u>
<u>6.20. DER (Documento de Elección de Régimen)</u>	<u>164</u>
<u>6.21. DO (Documento de Oferta)</u>	<u>165</u>
<u>6.22. Documento de Resolución de Pensión</u>	<u>165</u>
<u>6.23. ¿Cómo se calculan las semanas cotizadas?</u>	<u>165</u>
<u>6.24. ¿Cómo se calcula el salario promedio mensual?</u>	<u>166</u>
<u>6.25. Portabilidad de cotizaciones ante IMSS e ISSSTE</u>	<u>166</u>
<u>6.26. Información del IMSS sobre pensiones</u>	<u>167</u>
<u>6.27. Ejemplo de cálculo de la pensión de cesantía en edad avanzada, Ley73 IMSS</u>	<u>168</u>



<u>6.28 Ejemplo de cálculo de la pensión de invalidez IMSS y CFE</u>	<u>172</u>
<u>6.29 Ejemplo de cálculo de la pensión de invalidez IMSS y CFE por Ley 97</u>	<u>176</u>
<u>6.30 Ejemplo de cálculo de la jubilación de CFE por 10 años de servicio</u>	<u>177</u>
<u>6.31 Cálculo de la pensión por riesgo no profesional por parte de CFE, suponiendo que eligió la jubilación y no puede reincorporarse a laborar</u>	<u>178</u>
<u>6.32 Cálculo de la indemnización por parte de CFE por riesgo no profesional, suponiendo que no eligió la jubilación de la empresa</u>	<u>179</u>
<u>6.33 Ejemplo de cálculo para las indemnizaciones por fallecimiento (riesgo no profesional) de un trabajador activo</u>	<u>180</u>
<u>6.34 Ejemplo de cálculo para las indemnizaciones por fallecimiento (riesgo no profesional) de un trabajador jubilado</u>	<u>181</u>
<u>6.35 Ejemplo de cálculo para las indemnizaciones por fallecimiento por riesgo profesional de un trabajador</u>	<u>182</u>
<u>6.36 Cálculo para la indemnización por IPP, asumiendo que el trabajador aceptara su reacomodo.</u>	<u>184</u>
<u>6.37 Cálculo para la indemnización por IPP, asumiendo que el trabajador no aceptara su reacomodo</u>	<u>185</u>
<u>6.38 Cálculo para la indemnización por IPT, suponiendo que el trabajador no aceptara jubilación</u>	<u>186</u>
<u>6.39 Cálculo para la indemnización por IPT, suponiendo que el trabajador aceptara jubilación</u>	<u>187</u>



<u>7. Subsidios</u>	<u>188</u>
<u>7.1. Ley del Seguro Social, Convenio del Pago de Subsidios</u>	<u>190</u>
<u>7.2. Convenios Tripartitos, Convenio General de Incorporación</u>	<u>190</u>
<u>7.3. Derecho al pago de subsidios, Ley del Seguro Social</u>	<u>191</u>
<u>7.4. Subsidio en asegurada embarazada, Ley del Seguro Social</u>	<u>192</u>
<u>8. Formatos ST-IMSS</u>	<u>194</u>
<u>9. PROSALUD</u>	<u>210</u>
<u>10. Guarderías</u>	<u>219</u>
<u>11. Recurso de inconformidad y juicio de nulidad</u>	<u>224</u>
<u>12. CIRCULARES CFE-SUTERM</u>	<u>232</u>
<u>13. Seguros</u>	<u>239</u>
<u>14. CIJUBILA</u>	<u>247</u>



1. EL SEGURO SOCIAL





1. El seguro social

1.1 Derecho a la salud e instituciones públicas que proveen seguridad Social

1.2. El IMSS

1.3.Finalidad de la seguridad social (Ley del Seguro Social)

1.4. Celebración de los Convenios tripartitos CFE-IMSS-SUTERM

1.5. Cláusula 60 del Contrato Colectivo de Trabajo, obligación de CFE ante SUTERM para atención médica a los trabajadores

1.6. Reuniones tripartitas CFE-IMSS-SUTERM





1.1. DERECHO A LA SALUD E INSTITUCIONES PÚBLICAS QUE PROVEEN SEGURIDAD SOCIAL

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Art. 4. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Art.123 A XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

En México las instituciones principales que proveen seguridad social son:

- 1.- Instituto Mexicano del Seguro Social (**IMSS**), creado en 1943, que protege a los trabajadores del sector privado.
- 2.- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (**ISSSTE**), fundado en 1959, enfocado a los trabajadores del sector público.
- 3.- El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (**ISSFAM**), fundado en 1976, el cual atiende al sector militar.





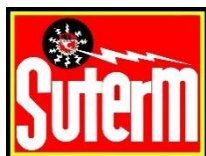
1.2. EL IMSS

El IMSS es la institución con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos, desde su fundación en 1943; para ello combina la investigación y la práctica médica, con la administración de los recursos para el retiro de sus asegurados, para así brindar tranquilidad y estabilidad a los trabajadores y sus familias ante cualquiera de los riesgos especificados en la Ley del Seguro Social. Hoy en día, más de la mitad de la población mexicana tiene algo que ver con el Instituto, hasta ahora, el más grande en su género en América Latina.

1.3. FINALIDAD DE LA SEGURIDAD SOCIAL LEY DEL SEGURO SOCIAL

Artículo 2. La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.





1.4. CELEBRACIÓN DE LOS CONVENIOS TRIPARTITOS CFE-IMSS-SUTERM

Compendio de convenios celebrados entre CFE- IMSS-
SUTERM



PRESENTACION

Para satisfacer la solicitud de nuestros compañeros trabajadores, sindicalizados y no sindicalizados, así como jubilados, la Secretaría General del Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Único de Trabajadores Electricistas de la República Mexicana y la Dirección de Administración de Comisión Federal de Electricidad, acordaron imprimir, una vez más, la compilación de los Convenios Bipartitos y Tripartitos celebrados con el IMSS, cuya vigencia fue ratificada recientemente por las tres partes (IMSS-CFE-SUTERM).

La Tercera Edición del compendio, cuyo ejemplar ponemos en tus manos, ha sido revisada y corregidas las faltas ortográficas detectadas en las ediciones anteriores. Deseamos que sea de utilidad en el desarrollo del quehacer cotidiano vinculado con la materia de seguridad social, y que coadyuve en esta nueva etapa de la relación interinstitucional, en la solución de los problemas que presentan cuando nuestros compañeros o sus familiares solicitan al Instituto Mexicano del Seguro Social, algún servicio o prestación.

Para cualquier sugerencia o comentario que el amable lector desee formular respecto a la presente publicación, será bien recibida en la Secretaría de Previsión Social del CEN del SUTERM, o bien, en el correo electrónico: alejandro.chavez@cfe.gob.mx.

Aprovechamos la ocasión para saludarle cordialmente.

México, D.F., a 31 de mayo de 2007

DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE
CFE

LIC. FERNANDO BUENO MONTALVO

SECRETARIO GENERAL DEL CEN DEL
SUTERM

SEÑOR VICTOR FUENTES DEL VILLAR

ACHA/LMS





1.5. CLÁUSULA 60 DEL CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO, OBLIGACIÓN DE CFE ANTE SUTERM PARA ATENCIÓN MÉDICA A LOS TRABAJADORES

Como el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene a su cargo las prestaciones y servicios que establece la Ley del Seguro Social, la CFE ratifica que convino con dicho Instituto las condiciones y estableció, con el citado organismo, las obligaciones que garantizan al SUTERM que sus asociados cuenten con las instalaciones hospitalarias, clínicas, puestos de fábrica, laboratorios, médicos y personal que se dedique a la atención y servicio de los trabajadores.



1.6. REUNIONES TRIPARTITAS CFE-IMSS-SUTERM

1. Las Reuniones Tripartitas podrán ser de carácter Local, Estatales, Nacional y los planteamientos deben ser enviados al IMSS cuando menos con 5 días hábiles de anticipación.

2. Las Reuniones Locales deben programarse y llevarse a cabo cada mes de acuerdo al calendario anual elaborado previamente y los temas a tratarse básicamente son de atención médica, subrogaciones, incapacidades temporales, viáticos por traslados de pacientes, compromisos para la disminución de los índices de incapacidades, fomento de la salud, asuntos administrativos y financieros.

3. Las Reuniones Estatales deben convenirse entre las tres partes elaborando el calendario anual previamente y los temas a tratarse básicamente son de atención médica, subrogaciones, incapacidades temporales, viáticos por traslados de pacientes, compromisos para la disminución de los índices de incapacidades, fomento de la salud, asuntos administrativos y financieros que en las Reuniones Locales no se hayan resuelto.

4. Las Reuniones Nacionales deben convenirse entre las tres partes y los asuntos a tratar son exclusivamente aquellos que no pudieron resolverse en los dos niveles anteriores.





5. Las Reuniones de Comité Delegacional Tripartita de Dictámenes de Invalidez y de Incapacidad Permanente deben convenirse entre las tres partes elaborando el calendario anual previamente y los temas a tratarse básicamente son incapacidades prolongadas y/o probable invalidez o incapacidad permanente y los planteamientos deben ser enviados al IMSS con 15 días hábiles de anticipación





2. ESTRUCTURA DEL IMSS

Son las autoridades máximas del Instituto y están conformadas por los siguientes grupos:

- ✓ Asamblea General
- ✓ H. Consejo Técnico
- ✓ H. Comisión de Vigilancia
- ✓ Dirección General
- ✓ Estructura Delegacional y Hospitalaria





DIRECTOR GENERAL

Es el encargado de ejecutar todos los acuerdos establecidos por la Asamblea General y el Consejo Técnico, anualmente se encarga de presentar informes de actividades, programas de labores, presupuestos de ingresos y egresos, balances contables, informes financieros y actuariales.

El Director General encabeza la Conferencia Interamericana de Seguridad Social que es un organismo internacional que agrupa a las Instituciones de Seguridad Social del Continente Americano.





DELEGACIONES DEL IMSS

Existen 35 Delegaciones distribuidas a lo largo y ancho de la República Mexicana, donde se realizan trámites relacionados con:

- Registro de patrones y sujetos obligados.
- Verificar la vigencia de derechos para hacer uso de prestaciones en especie y dinero.
- Contratación del Seguro de Salud para la familia.
- Gestión de trámites relacionados con pensiones y liquidaciones de cuotas obrero patronales.
- Autorización, rechazo o modificación de pensiones.

Por su parte, las Unidades Médicas de Alta Especialidad, son hospitales también conocidos como UMAE's o de 3er. nivel, donde se brindan servicios médicos especializados de acuerdo a determinadas enfermedades o padecimientos. Con el fin de ofrecer un mejor servicio, el IMSS cuenta con 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad, a nivel nacional.

Entre las especialidades que se manejan están:

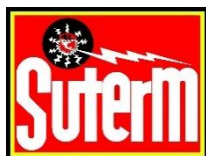
- Traumatología y Ortopedia
- Gineco - Obstetricia
- Medicina Física y Rehabilitación
- Cardiología
- Pediatría
- Oncología
- Psiquiatría



ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL

- Dirección de administración
- Dirección de finanzas
- Dirección de incorporación y recaudación
- Dirección de innovación y desarrollo tecnológico
- Dirección de prestaciones económicas y sociales
- Dirección de prestaciones médicas
- Dirección de vinculación institucional y evaluación de delegaciones
- Dirección jurídica
- Dirección de planeación estratégica institucional
- Secretaría general
- Titular del órgano interno de control en el IMSS, con dependencia jerárquica y funcional de la Secretaría de la Función Pública
- 35 Delegaciones estatales y regionales
- 25 UMAES
- Coordinador normativo, puesto homólogo de autorización específica
- Asesor del director general, puesto homólogo por norma
- 4 jefes de división, puestos homólogos de autorización específica
- Subjefe de división, puesto homólogo de autorización específica

http://portaltransparencia.gob.mx/pot/estructura/showOrganigrama.do?method=showOrganigrama&_idDependencia=641



D
E
L
E
G
A
D
O

Jefatura de servicios administrativos

Jefatura de servicios de afiliación y cobranza

Jefatura de servicios de desarrollo de personal

Jefatura de servicios de finanzas

Jefatura de servicios de prestaciones económicas y sociales

Jefatura de servicios de prestaciones médicas

- Coordinación de gestión médica
- Coordinación de información y análisis estratégico
- Coordinación de planeación y enlace institucional
- Coordinación de prevención y atención a la salud
- Coordinación de salud en el trabajo

Jefatura de servicios jurídicos

Coordinación de atención y orientación al derechohabiente

Coordinación de comunicación social

Coordinación delegacional de competitividad y capacitación

Coordinación delegacional de informática





LAS U.M.F. PUEDEN ESTAR INTEGRADAS DE LA SIGUIENTE MANERA:

- **DIRECTOR**
 - Administrador
 - Jefes de servicio
 - Jefe de Departamento clínico T/M
 - Jefe de Departamento clínico T/V
 - Salud en el trabajo
 - Planificación familiar
 - Medicina preventiva
 - Urgencias
 - Rayos x
 - Laboratorio
 - Control de prestaciones
 - Trabajo social
 - Atención y orientación al derechohabiente
 - Farmacia
 - ARIMAC (Área de información médica y archivo clínico)
 - Consultorios



LOS H.G.Z. PUEDEN ESTAR INTEGRADOS DE LA SIGUIENTE MANERA

- DIRECTOR
- Administrador
 - Subdirector médico T/M
 - Subdirector médico T/V
 - Subdirector médico T/N
 - Jefes de especialidades
 - Medicina interna
 - Cardiología
 - Endocrinología
 - Dermatología
 - Gastroenterología
 - Cirugía general
 - Pediatría
 - Psicología
 - Psiquiatría
 - Oftalmología
 - Oncología
 - Otorrinolaringología
 - Trabajo Social
 - Rayos X
 - Laboratorio
 - Farmacia
 - Urgencias
 - T.A.O.D. (Técnico de Atención y Orientación al Derechohabiente)
- Archivo Clínico
- Servicios Generales
- Coordinación de Asistentes médicos
- Terapia intensiva
- Enfermería
- Anestesia
- Patología
- Almacén
- Abastecimientos
- Servicios básicos
- Conservación
- Fomento a la Salud
- Personal
- Finanzas
- Jefatura de epidemiología
- Jefatura de inhaloterapia
- Consulta externa
- Nefrología
- Nutrición
- Estomatología

LOS HOSPITALES DE ESPECIALIDADES (CMN) PUEDEN ESTAR INTEGRADOS DE LA SIGUIENTE MANERA

- DIRECTOR
 - Subdirector médico T/M
 - Subdirector médico T/V
 - Subdirector médico T/N
 - Admisión continua
 - Administrador
 - Trabajo Social
 - Coordinación de atención y orientación al derechohabiente
 - Farmacia
 - Donación de órganos
 - HOSPITALES
 - Hospital de Infectología
 - Unidad de consulta externa
 - Hospital de Gineco-obstetricia
 - Hospital psiquiátrico
 - Banco de sangre
 - Hospital de pediatría
 - Hospital de oncología
- Hospital de cardiología
- Urgencias traumatológicas
- Unidad de medicina física y rehabilitación





LAS UNIDADES DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN PUEDEN ESTAR INTEGRADAS DE LA SIGUIENTE MANERA

- DIRECTOR
- Administrador
 - Subdirector médico T/M
 - Subdirector médico T/V
 - Coordinación de asistentes médicas
 - Trabajo Social
 - Jefe de control de prestaciones
 - Jefe de enfermeras
 - Jefe de departamento clínico
 - Jefe de educación médica
 - Atención y orientación al derechohabiente
 - Jefe de consulta externa



LOS HOSPITALES DE TRAUMATOLOGÍA PUEDEN ESTAR INTEGRADOS DE LA SIGUIENTE MANERA

- DIRECTOR
 - Subdirector de Administración
 - Subdirector médico T/M
 - Subdirector médico T/V
 - Subdirector médico T/N
 - División de traumatología
 - Cirugía
 - Educación médica
 - Coordinación de asistentes médicas
 - Jefe de control de prestaciones
 - Jefe de enfermeras
 - Urgencias
 - U.C.I.
 - Jefe de departamento clínico
 - Quirófano
 - Laboratorio
 - Rayos X
 - Trabajo Social
 - Depto. de Cadera
 - Artroplastías
 - Fracturas expuestas y polifracturados
 - Miembro pélvico
 - Miembro torácico
 - Neurocirugía
 - C.P.R. (Reanimación Cardiopulmonar)
 - Quemados
 - Columna
 - Pediatría
 - Cirugía General
 - Maxilofacial
 - T.A.O.D. (Técnico de Atención y Orientación al Derechohabiente)

LOS HOSPITALES DE ORTOPEDIA PUEDEN ESTAR INTEGRADOS DE LA SIGUIENTE MANERA

- DIRECTOR
 - Subdirector de Administración
 - Subdirector médico T/M
 - Subdirector médico T/V
 - Subdirector médico T/N
 - Servicio de auxiliares de diagnóstico, tratamiento y cirugía
 - División de ortopedia
 - Educación médica e investigación
 - Trabajo Social
 - Asistentes médicas
 - Rayos X
 - Anatomía patológica
 - Consulta externa
 - Quirófano y anestesia
 - Jefe de depto. clínico pie y tobillo
 - Jefe de depto. clínico miembro torácico
 - Jefe de Depto. clínico cadera y pelvis
 - Jefe de depto. clínico miembro pélvico
 - Jefe de depto. clínico columna
- C.P.R. (Reanimación Cardiopulmonar)
- Jefe de depto. clínico ortopedia pediátrica
- Jefe de depto. clínico escoliosis
- T.A.O.D. (Técnico de Atención y Orientación al Derechohabiente)

LOS HOSPITALES DE GINECO-OBSTETRICIA PUEDEN ESTAR INTEGRADOS DE LA SIGUIENTE MANERA

- DIRECTOR
 - Subdirector médico T/M
 - Subdirector médico T/V
 - Subdirector médico T/N
 - Administrador
 - Trabajo Social
 - Patología
 - Registro Civil
 - Cunero patológico
 - Jefatura de Pediatría
 - Fomento a la salud
 - Alojamiento conjunto
 - Jefatura de ginecología
 - Hospitalización adultos
 - Medicina preventiva
 - ARIMAC (área de información médica y archivo clínico)
 - Jefatura de enfermería
 - Enseñanza e investigación
 - Seguridad e Higiene
 - Jefe de departamento clínico
 - Jefe de consulta externa
 - UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales)
 - Control de prestaciones
 - TAOD
 - Perinatología
 - Ultrasonido monitorización
 - Biología de la reproducción
 - Endócrino
 - Toxemias
 - Embarazo de alto riesgo
 - Oncoginecología
 - Mama
 - Laboratorios
 - Rayos X
 - Quirófano
 - Anestesiología
 - UCI adultos
 - UTIT (Unidad de terapia intermedia)
 - Pediatría
 - Epidemiología
 - Consulta externa
 - Medicina interna





3. TRÁMITES ADMINISTRATIVOS





3. Trámites Administrativos

3.1. Integración del Número de Seguridad Social

3.2. Adscripción a U.M.F (Unidad de Medicina Familiar)

3.3. Cambio de U.M.F. (Unidad de Medicina Familiar)

3.4. Seguro Facultativo

3.5. Autorización permanente para recibir atención médica en circunscripción foránea

3.6. Constancia de Vigencia de Derechos

3.7. Conservación de Derechos

3.8. Regionalización de Servicios Médicos del IMSS





3.1. INTEGRACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

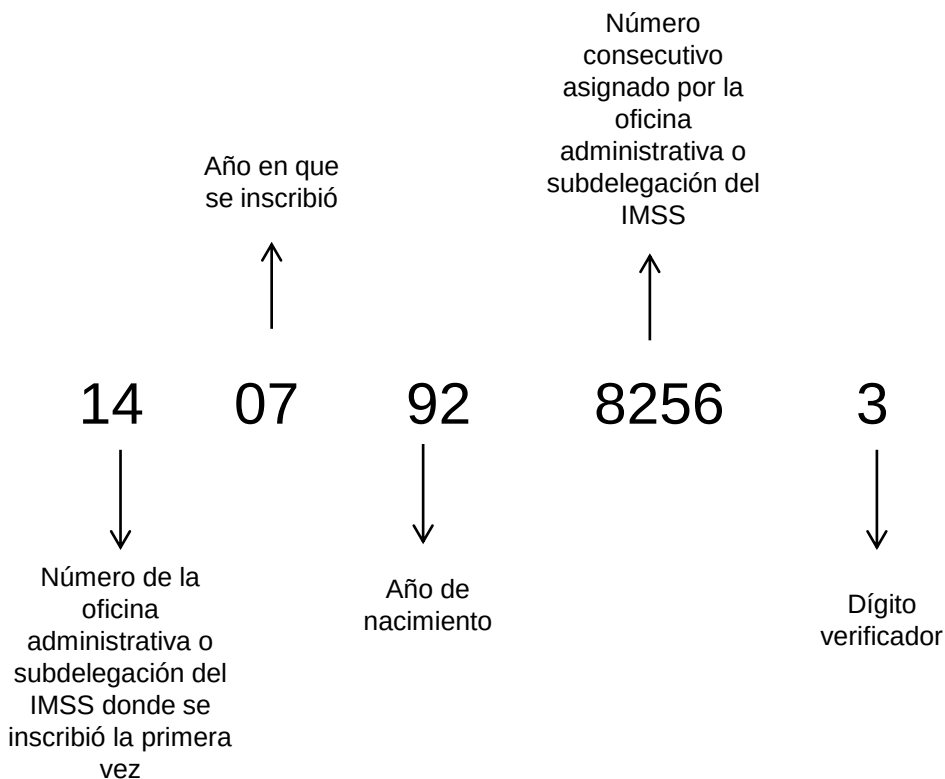
El Número de Seguridad Social (NSS) es único, permanente e intransferible y se asigna para llevar un registro de los trabajadores y asegurados. ¡Ahora también puedes obtener o localizar tu NSS a través de Internet!

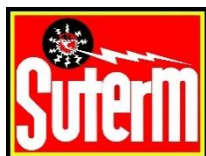
Se deberá considerar como sujetos de aseguramiento las personas que cumplan con lo establecido en los artículos 12 y 13 de la Ley del Seguro Social.



¿CÓMO SE INTEGRA EL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL?

Ejemplo de NSS





¿Cómo surge el dígito verificador del NSS?

NSS 1407 92 8256 (?)

Paso No.1: Ponemos los números 1 y 2 debajo de los números del IMSS.

1	4	0	7	9	2	8	2	5	6	?
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	

Paso No.2: Multiplicamos cada dígito del número del IMSS, por el número de abajo.

1	4	0	7	9	2	8	2	5	6	?
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
1	8	0	14	9	4	8	4	5	12	

Paso No.3: Sumamos los resultados a un dígito.

1	8	0	14	9	4	8	4	5	12	
1	8	0	5	9	4	8	4	5	3	

Paso No.4: Sumamos todo el resultado anterior.

1+	8+	0+	5+	9+	4+	8+	4+	5+	3=	47
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Paso No.5: Buscamos la decena inmediata al resultado, en este caso es **50**.

Paso No.6: Restamos de la decena inmediata, el resultado de la suma del paso número 5.

Ejemplo $50 - 47 = 3$

Paso No. 7: El valor absoluto del resultado de la resta del paso número 6 será el dígito verificador.

14 07 92 8256 (?=3)

NSS = 14 07 92 8256 3





3.2. ADSCRIPCIÓN A U.M.F. (UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR)

Para el asegurado y los beneficiarios que contempla la Ley del Seguro Social.

Reglamento de prestaciones médicas.

Artículo 9. Para disfrutar de los servicios médicos, el derechohabiente deberá cumplir con los requisitos que establecen la Ley y sus Reglamentos, debiendo presentar a satisfacción del Instituto, para acreditar su identidad, documento oficial con fotografía o el documento que le expida el Instituto, en los términos del Artículo 8 de la Ley.





ASEGURADO (TRABAJADOR)

Trámite de carácter personal

El asegurado deberá presentar en la clínica cercana a su domicilio o en las exclusivas de C.F.E. del IMSS, los siguientes documentos:

- Identificación oficial: INE, IFE, Pasaporte Vigente, Cartilla del Servicio Militar, Cédula Profesional, Matrícula Consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria FM2 o FM3, credencial ADIMSS.
- Documento que contenga Número de Seguridad Social
- Acta de nacimiento
- 2 fotografías tamaño infantil
- Copia de CURP
- Comprobante de domicilio



BENEFICIARIOS

Trámite de carácter personal

- CÓNYUGE
 - Identificación oficial: INE, IFE, Pasaporte Vigente, Cartilla del Servicio Militar, Cédula Profesional, Matrícula Consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria FM2 o FM3, credencial ADIMSS.
 - Documento que contenga Número de Seguridad Social
 - Acta de nacimiento
 - Comprobante de domicilio
 - Acta de matrimonio
 - CURP
 - 2 fotografías tamaño infantil
- CONCUBINA (O)
 - Identificación oficial: INE, IFE, Pasaporte Vigente, Cartilla del Servicio Militar, Cédula Profesional, Matrícula Consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria FM2 o FM3, credencial ADIMSS.
 - Documento que contenga Número de Seguridad Social
 - Acta de nacimiento
 - Comprobante de domicilio
 - Acreditar concubinato (5 años de convivencia, acta de nacimiento de los hijos)
 - CURP
 - 2 fotografías tamaño infantil

Trámite de carácter personal

- **PADRE O MADRE**
 - Identificación oficial: INE, IFE, Pasaporte Vigente, Cartilla del Servicio Militar, Cédula Profesional, Matrícula Consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria FM2 o FM3, credencial ADIMSS.
 - Documento que contenga Número de Seguridad Social
 - Comprobante de domicilio (Que vivan en el hogar del trabajador y que dependan económicamente de éste)
 - 2 fotografías tamaño infantil
 - CURP
 - Acta de nacimiento de asegurado y beneficiario (copia certificada)
 - 2 fotografías tamaño infantil
- **HIJOS MENORES DE 16 AÑOS**
 - Acta de nacimiento o acta de adopción o acta de reconocimiento (copia certificada)
 - Documento que contenga Número de Seguridad Social
 - Comprobante de domicilio
 - CURP
 - 2 fotografías tamaño infantil

Trámite de carácter personal

- HIJOS MAYORES DE 16 AÑOS HASTA LOS 25 AÑOS QUE ESTUDIEN EN PLANTELES DEL SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL
 - Identificación oficial: INE, IFE, Pasaporte Vigente, Cartilla del Servicio Militar, Cédula Profesional, Matrícula Consular, Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de ciudadanos extranjeros, Forma migratoria FM2 o FM3, credencial ADIMSS.
 - Documento que contenga Número de Seguridad Social
 - Comprobante de domicilio
 - Acta de nacimiento o acta de adopción o acta de reconocimiento (copia certificada)
 - CURP
 - 2 fotografías tamaño infantil
 - Constancia de estudios expedida por la institución educativa que forme parte del sistema educativo nacional (con reconocimiento y validez oficial), la cual debe contener el nombre de la escuela que la expide, nombre del estudiante a que se refiere, número de incorporación, grado que cursa y carrera, periodo escolar con fecha de inicio y término considerando vacaciones.



Trámite de carácter personal

- HIJOS MAYORES DE 16 AÑOS QUE NO PUEDAN MANTENERSE POR ENFERMEDAD CRÓNICA O DISCAPACIDAD
 - Acta de nacimiento o acta de adopción o acta de reconocimiento (copia certificada)
 - Documento que contenga Número de Seguridad Social
 - CURP
 - 2 fotografías tamaño infantil
 - Documento de los servicios médicos institucionales, donde hagan constar que la enfermedad o defecto se originó antes de los veinticinco años de edad.



3.3. CAMBIO DE U.M.F. (UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR)

Cuando existe cambio de domicilio del asegurado o sus beneficiarios excepto concubino(a), podrá optar por el cambio de U.M.F. o cuando se desee adscribir a las clínicas exclusivas de C.F.E. por zonificación, para él y/o su núcleo familiar.

- El asegurado deberá presentar a la clínica cercana a su domicilio o a las exclusivas de C.F.E. del IMSS los siguientes documentos de él y de sus beneficiarios:
 - Identificación oficial
 - Acta de nacimiento
 - 2 fotografías tamaño infantil
 - Documento que contenga el número de seguridad social del solicitante.
 - Comprobante del nuevo domicilio
 - Llenar formato



YA PUEDES HACER TU TRÁMITE POR INTERNET

ALTA EN CLÍNICA

<https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/portal-ciudadano-web-externo/derechohabientes/tramite/registro>

CAMBIO DE CLINICA

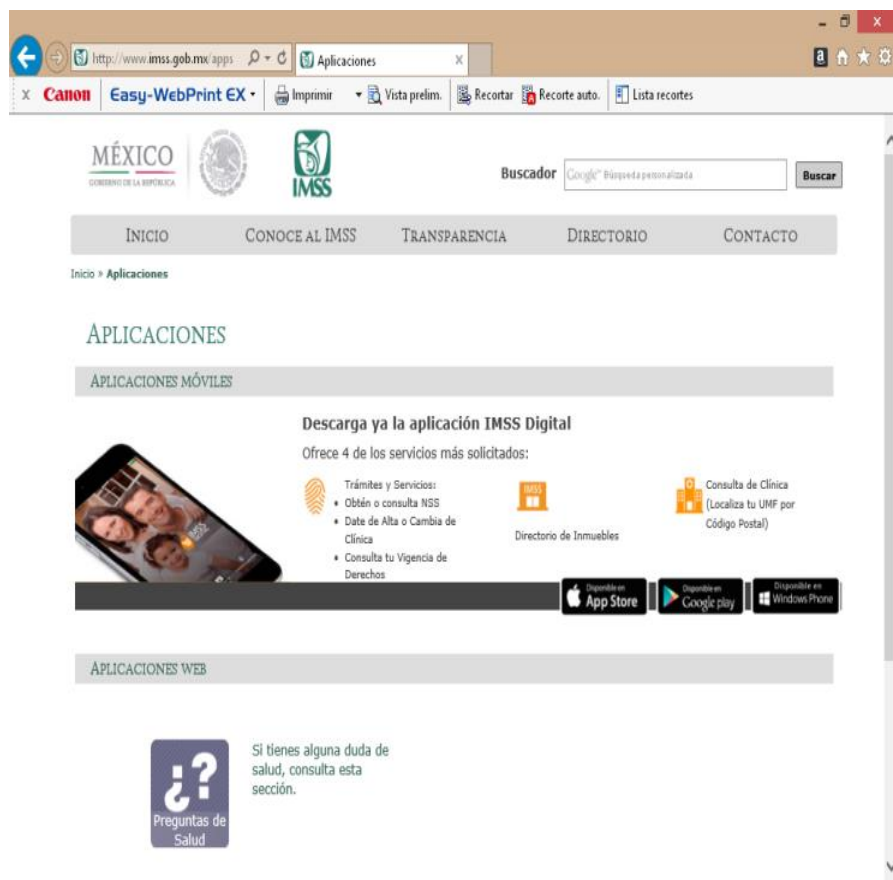
<https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/portal-ciudadano-web-externo/derechohabientes/tramite/cambioClinica>

1. Ten a la mano tu CURP y tu NSS.
2. Necesitas una cuenta de correo electrónico personal.

Aún así es necesario contar con los documentos que el seguro social requiere para recibir el carnet de citas.



APLICACIONES DEL CELULAR



The screenshot shows the IMSS website interface. At the top, there's a navigation bar with the Mexican coat of arms, the text 'MÉXICO GOBIERNO DE LA REPÚBLICA', and the IMSS logo. A search bar is present with the text 'Buscador Google® búsqueda personalizada'. Below this is a menu with links: INICIO, CONOCE AL IMSS, TRANSPARENCIA, DIRECTORIO, and CONTACTO. The main content area is titled 'APLICACIONES' and 'APLICACIONES MÓVILES'. It features a section for 'Descarga ya la aplicación IMSS Digital' which offers 4 of the most requested services: Trámites y Servicios (Obtén o consulta NSS, Date de Alta o Cambia de Clínica, Consulta tu Vigencia de Derechos), Directorio de Inmuebles, and Consulta de Clínica (Localiza tu UMF por Código Postal). There are also links to download the app from the App Store, Google play, and Windows Phone. Below this, there's a section for 'APLICACIONES WEB' with a link to 'Preguntas de Salud' which says 'Si tienes alguna duda de salud, consulta esta sección.'



3.4. SEGURO FACULTATIVO

Todas las personas citadas en el contrato de seguro facultativo, que no tengan derecho por sí mismas o por su vinculación con otros asegurados a similares beneficios de la ley u otro instrumento jurídico.

SUJETOS DE ASEGURAMIENTO

PRIMERA.- Son sujetos de aseguramiento en los términos de este contrato los siguientes:

1.-Familiares de los trabajadores casados.

1.1.- Los hijos de los trabajadores que reúnan los siguientes requisitos.

1.1.1.- Solteros.

1.1.2.- Depender económicamente del trabajador asegurado.

1.1.3.- Haber alcanzado una edad mayor de 16 años, hasta los 25 cumplidos y no estar en planteles del Sistema Educativo Nacional, ni estar incapacitados para trabajar.

1.2.- El padre y la madre que dependan económicamente del trabajador y no convivan con el mismo.



2.- Familiares de los trabajadores solteros.

2.1.- Los hermanos menores de dieciséis años que dependan económicamente de los trabajadores, o que estén imposibilitados para trabajar y que no sean beneficiarios de esta prestación por parte de otra empresa o dependencia.

3.- Jubilados por la Comisión y sus Familiares.

3.1.- El jubilado por la Comisión que no tenga derecho a los servicios médicos del Instituto.

3.2.- La esposa del jubilado mencionado en el punto 3.1 anterior, o la mujer con la que haga vida conyugal permanente.

3.3.- El padre y la madre del jubilado.

3.4.- Los hijos del jubilado hasta los 25 años cumplidos y que no se encuentren incapacitados.



TRÁMITE DEL SEGURO FACULTATIVO

PRESENTAR ANTE LA REPRESENTACIÓN SINDICAL DE ZONA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- DEL TRABAJADOR
 - Acta de nacimiento
 - CURP
 - Copia identificación oficial
 - Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses
- DEL BENEFICIARIO
 - Acta de nacimiento
 - CURP
 - Número de Seguridad Social, si tuvo con anterioridad
 - Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses
 - Copia de identificación

El jefe de oficina de seguridad social y nóminas entregará un comprobante de alta al IMSS.

Una vez recibido este documento, el trabajador deberá realizar el trámite de adscripción en la U.M.F., presentando los documentos señalados por el IMSS.



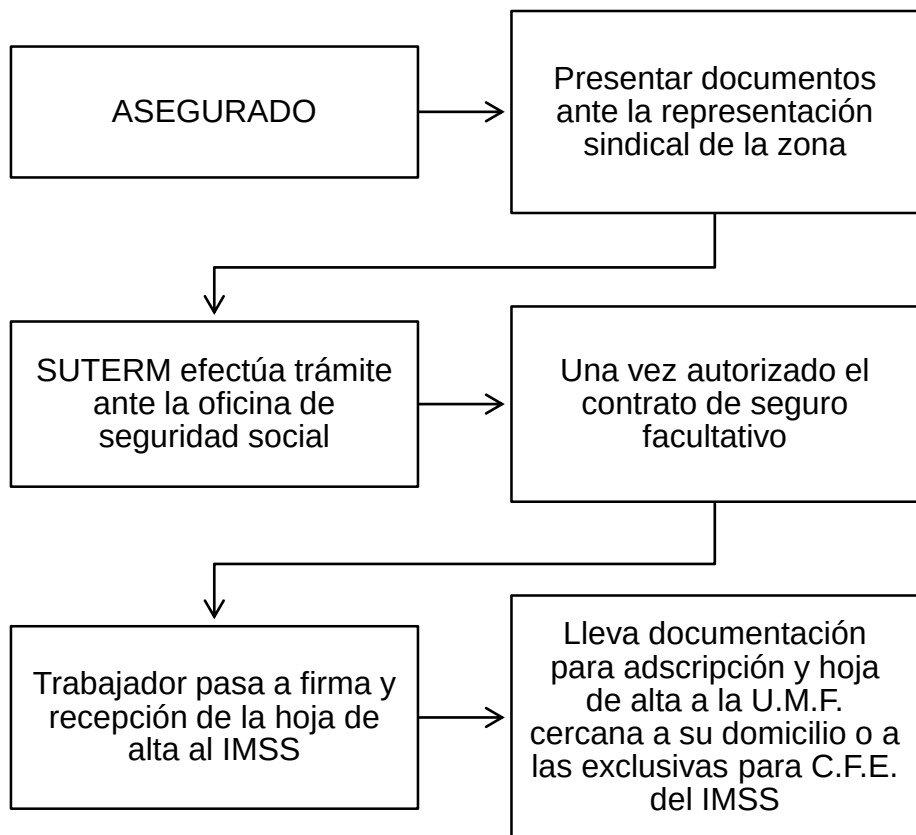


DESCUENTOS POR INSCRIPCIONES INDEBIDAS

El instituto podrá solicitar en cualquier tiempo los datos e información que estime convenientes para el adecuado control y administración de este contrato mediante la comprobación de la existencia de los requisitos.

En caso de inscripciones indebidas o de no satisfacer al Instituto, la comprobación de los requisitos antes referida, el Sindicato autorizará a la Comisión a pagar al Instituto los costos de las prestaciones otorgadas, la que a su vez los cargará a los trabajadores y/o jubilados respectivos en su salario, pensión o cualquiera otra que tengan a su favor, si la inscripción indebida se hubiere originado por y con la responsabilidad del trabajador o jubilado.

DIAGRAMA DEL SEGURO FACULTATIVO





3.5. AUTORIZACIÓN PERMANENTE PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CIRCUNSCRIPCIÓN FORÁNEA

¡AVISO IMPORTANTE!

Este trámite ya no está disponible desde el 04 de diciembre de 2015; para registro presencial, acude a la UMF que corresponda a tu nuevo domicilio o puedes hacerlo en línea a través del [Escritorio Virtual. Clic aquí para ir»](#)

Nota: En ambos casos debes estar vigente en tus derechos.

"Derivado del plan de simplificación administrativa que tiene por objeto eliminar cargas a los patrones y toda vez que actualmente ya no resulta indispensable dicho trámite para que los derechohabientes se registren en alguna Unidad Médica del IMSS, se dio de baja dicho trámite".





3.6. CONSTANCIA DE VIGENCIA DE DERECHOS

Si los trabajadores o sus beneficiarios radican temporalmente fuera de su lugar de residencia y necesitan atención médica, podrán solicitar autorización para recibir los servicios médicos donde se encuentren.

Lo pueden tramitar:

Asegurado(a), pensionado(a) y sus beneficiarios

Documentos que necesitas:

- Un documento en el que aparezca tu Número de Seguridad Social, en original
- Identificación oficial del asegurado(a) o pensionado(a), como puede ser:
 - ✓ Credencial para votar
 - ✓ Pasaporte vigente
 - ✓ Cartilla de Servicio Militar Nacional
 - ✓ Cédula Profesional
 - ✓ Matrícula Consular
 - ✓ Si eres extranjero: Tarjeta/Cédula/Carnet de identidad de tu país y la forma migratoria FM2 o FM3 emitida por el Instituto Nacional de Migración
- CURP





3.7. CONSERVACIÓN DE DERECHOS

LEY DEL SEGURO SOCIAL

Artículo 109. El asegurado que quede privado de trabajo remunerado, pero que haya cubierto inmediatamente antes de tal privación un mínimo de ocho cotizaciones semanales ininterrumpidas, conservará durante las ocho semanas posteriores a la desocupación, el derecho a recibir exclusivamente la asistencia médica y de maternidad, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria. Del mismo derecho disfrutarán sus beneficiarios.

CONSERVACIÓN DE DERECHOS A EMBARAZADAS

S/N / Modificación del Acuerdo del HCT 124/2005, relativo a la autorización de manera excepcional para el caso de maternidad de las aseguradas y de las esposas o concubinas de los asegurados, el otorgamiento de las prestaciones en especie y subsidios por un periodo mayor al previsto para la conservación de derechos del Seguro de Enfermedades y Maternidad.'196/2005 / 25 de Mayo de 2005.

“Este Consejo Técnico, en ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 264 fracciones XIII y XVII, de la Ley del Seguro Social, 31 fracciones XIII y XXVII, del Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social, con fundamento en los artículos 85, 94 y



95 de la Ley del Seguro Social, así como 28, 34 al 38 y 69 al 73 Bis del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, y conforme a los oficios 169 y s/n del 17 y 23 de mayo de 2005 de la Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social, ACUERDA modificar en lo conducente el Acuerdo 124/2005 del 20 de abril de 2005 de este propio Consejo Técnico, para quedar en los siguientes términos: Único.- Se autoriza de manera excepcional para el caso de maternidad de las aseguradas y de las esposas o concubinas de los asegurados, el otorgamiento de las siguientes prestaciones en especie por un periodo mayor al previsto para la conservación de derechos del Seguro de Enfermedades y Maternidad, bajo las condiciones generales que se indican a continuación: A) La asegurada que hubiere concebido durante el período de aseguramiento, y que al causar baja tuviera por lo menos ocho cotizaciones semanales ininterrumpidas, tendrá derecho durante el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia, a las prestaciones en especie que consigna la Ley del Seguro Social para el caso de maternidad, aún cuando dichas etapas concluyan fuera del periodo previsto para la conservación de derechos. B) La asegurada a quien el Instituto dentro de las 8 semanas posteriores a su baja le certifique que está embarazada, y que al causar baja hubiera acumulado por lo menos 8 cotizaciones semanales ininterrumpidas, tendrá derecho durante el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia, a las prestaciones en especie que consigna la Ley del Seguro Social para el caso de maternidad, aún cuando dichas etapas concluyan fuera del periodo previsto para la conservación de derechos.



C) La esposa o concubina del asegurado dado de baja, tendrá derecho a la asistencia obstétrica necesaria y a una ayuda en especie por seis meses para lactancia, siempre y cuando hubiera concebido durante el período de aseguramiento del esposo o concubinario o durante el período de conservación de derechos, y éste hubiera acumulado al menos 8 cotizaciones semanales ininterrumpidas. Las prestaciones descritas en este inciso se otorgarán durante el embarazo, el alumbramiento, el puerperio y la lactancia, aun cuando estas etapas concluyan posteriormente al periodo de conservación de derechos del asegurado. D) En todos los casos la certificación por parte del Instituto sobre el estado de embarazo deberá ocurrir durante el aseguramiento o dentro del período de conservación de derechos, y el disfrute de las prestaciones de maternidad quedará sujeto al estudio socioeconómico que compruebe la procedencia de atender bajo condiciones excepcionales a las aseguradas o a las beneficiarias de los asegurados".



3.8. REGIONALIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

La regionalización de servicios médicos permite otorgar la atención médica en áreas geográficas relativamente circunscritas con la finalidad de evitar grandes desplazamientos, equilibra la demanda y mejora la oportunidad en la atención.





4. ATENCIÓN MÉDICA

La atención médica es la prevención, tratamiento y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar mental y físico, a través de los servicios ofrecidos por las profesiones de medicina, farmacia, odontología, enfermería y afines. Abarca todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud, incluyendo intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones.





[4. Atención médica](#)

[4.1. Atención médica al asegurado \(trabajador\) en U.M.F.](#)

[4.2. Atención médica a beneficiarios en U.M.F.](#)

[4.3. Atención médica en especialidad \(H.G.Z., H.G.R., H.G.O.\)](#)

[4.3.1. Citas de primera vez](#)

[4.4. Atención médica en alta especialidad \(C.M.N., U.M.A.E., GINECO\)](#)

[4.5. Consulta en el servicio de urgencias](#)

[4.5.1 ¿Qué es el “triage”?](#)

[4.5.2. Proceso de asignación de prioridad](#)

[4.5.3. Clasificación del paciente](#)

[4.5.4. Objetivos del “triage”](#)

[4.5.5. Diagrama del proceso del “triage”](#)

[4.5.6. Procedimiento para atención médica en el servicio de urgencias](#)

[4.6. Visita Domiciliaria](#)

[4.7. Atención médica particular](#)

[4.7.1. Procedimiento para el reembolso posterior a la atención médica particular](#)

[4.7.2. Criterios para dictaminar una queja](#)

[4.7.3. Subrogación de servicios médicos](#)

[4.7.4. Diferencias entre las solicitudes para la atención médica particular](#)

[4.8. Receta médica](#)

[4.9. Viáticos](#)

[4.10. Prestaciones establecidas en el Contrato Colectivo de Trabajo](#)



4.1. ATENCIÓN MÉDICA AL ASEGURADO (TRABAJADOR) EN U.M.F.

Una vez adscrito a la U.M.F. podrá obtener el servicio de consulta externa y lo que derive el IMSS.

REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS

Artículo 55. Cuando el derechohabiente tenga necesidad de recibir atención médica, deberá presentarse en su unidad médica de adscripción en los días y horarios establecidos a los servicios de consulta externa, preferentemente previa concertación de la cita respectiva, o bien, a los servicios de urgencias que corresponda conforme al Área Médica respectiva, así como exhibir los documentos que acrediten su identidad, adscripción a la unidad y al médico familiar.

REQUISITOS PARA ATENCIÓN MÉDICA POR CONSULTA EXTERNA (unidad de medicina familiar).

- Estar vigente en sus derechos.
- Dado de alta en la unidad de adscripción.
- Tener asignado un consultorio y turno.
- Cartilla de Salud y Citas Médicas con fotografía y sello.
- Solicitar consulta en el turno y horario que se encuentra adscrito de forma personal, digital o vía telefónica (CAC-IMSS) 018006812525 / tel. U.M.F. / digital.



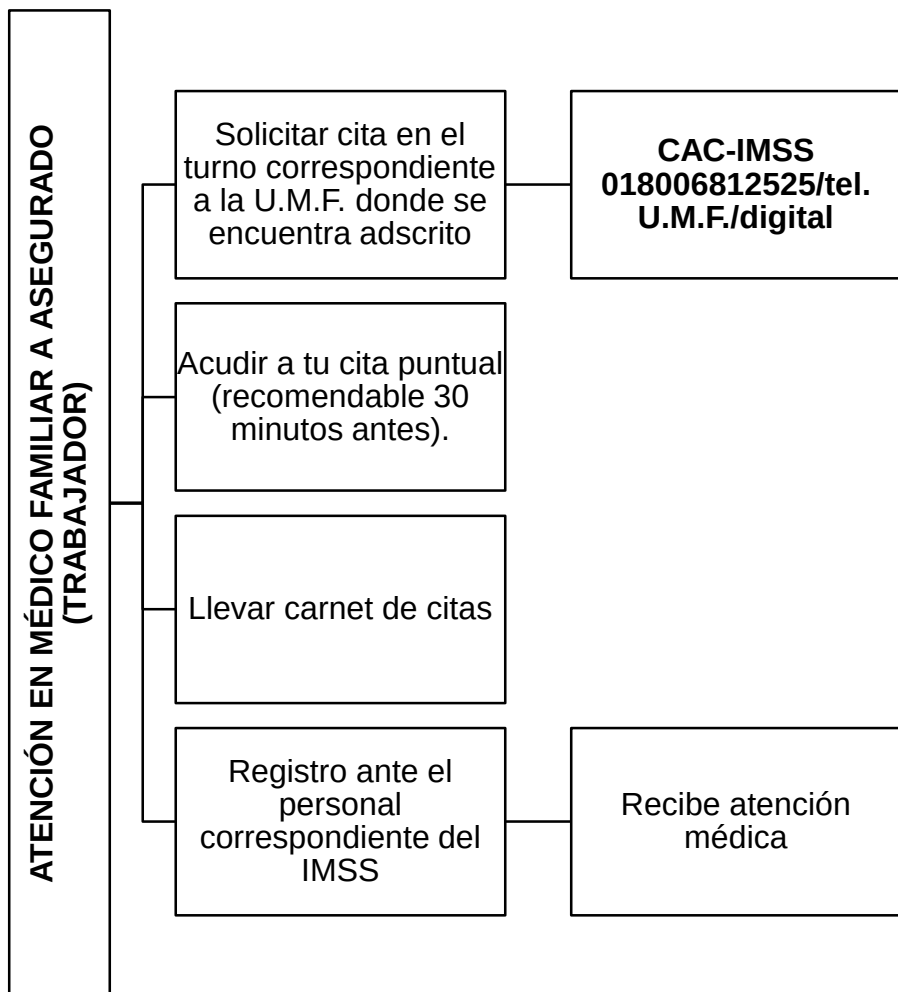
PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA POR CONSULTA EXTERNA.

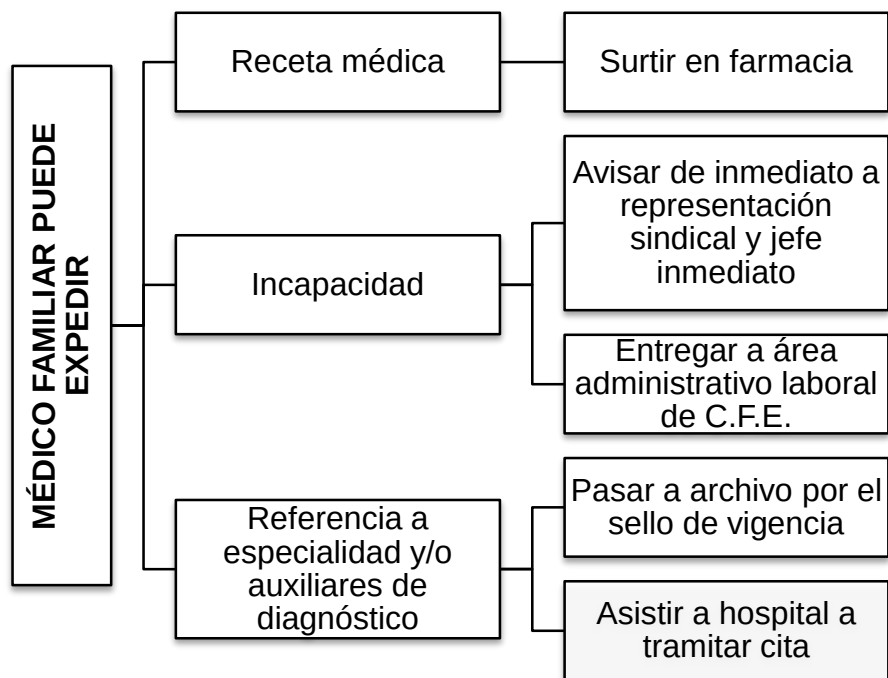
- Acudir a su cita con media hora de anticipación.
- Avisar su llegada al personal correspondiente.
- Recibe la atención médica.
- En caso de haber realizado todo el procedimiento y no haber recibido la atención médica, llamar a su Representación Sindical y/o área administrativo-laboral.

EXPEDICIÓN DE RECETA MÉDICA

- Farmacia:
 - Si le fueron recetados medicamentos, surtirlos de inmediato en la farmacia interna del IMSS.
 - **En caso de que no se encuentren, pedir el sello de “No Surtido” y comprarlos lo más pronto posible; solicitar factura a nombre de CFE y tramitar reembolso ante la Representación Sindical.**







Las clínicas ya las están proporcionando

En caso de haber realizado todo el procedimiento y no recibir la atención médica, dar aviso a la representación sindical y/o área administrativo-laboral



4.2. ATENCIÓN MÉDICA A BENEFICIARIOS EN U.M.F.

Una vez adscrito a la U.M.F. podrá obtener el servicio de consulta externa y lo que derive el IMSS.

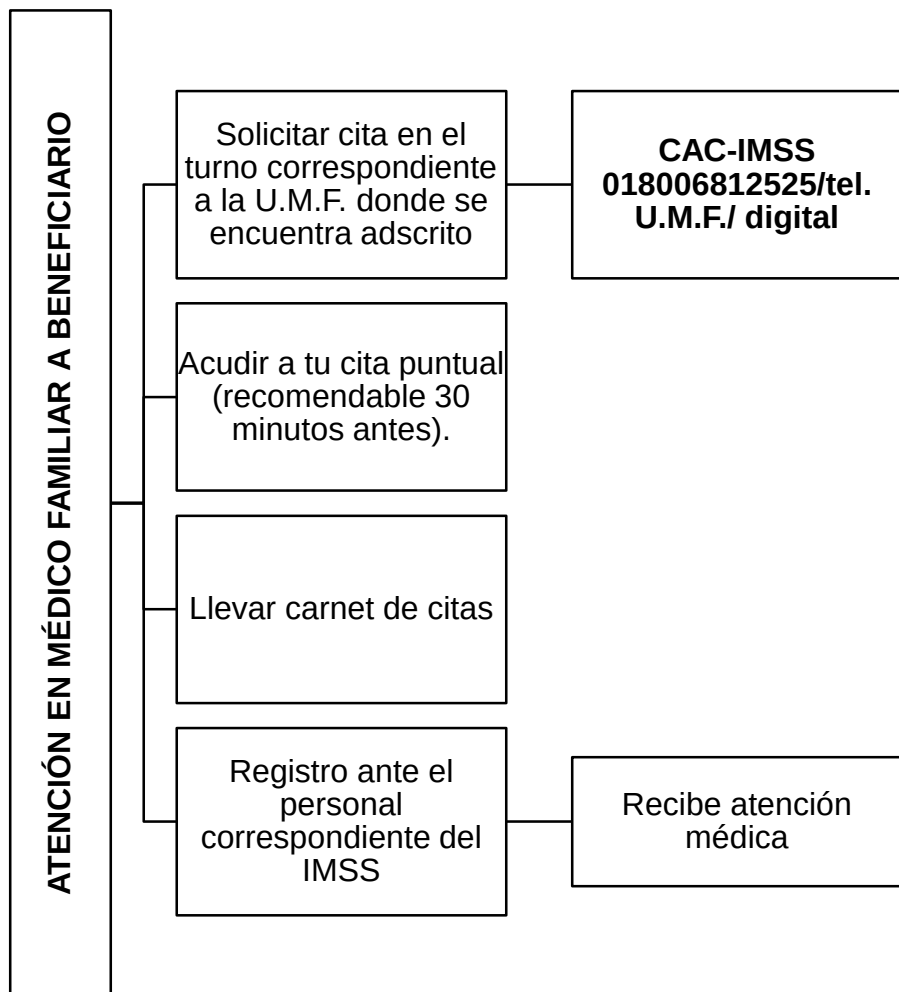
REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS

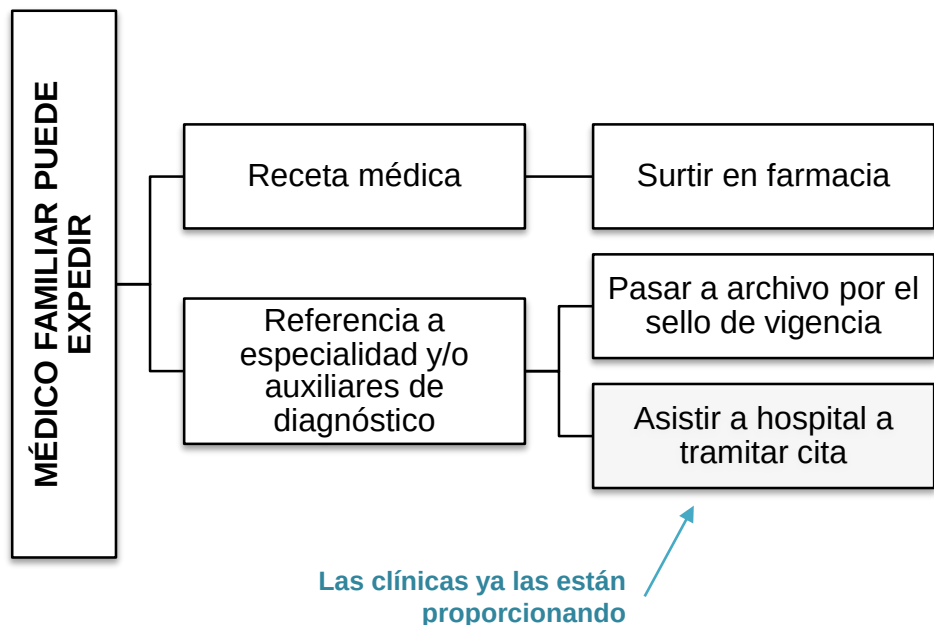
Artículo 55. Cuando el derechohabiente tenga necesidad de recibir atención médica, deberá presentarse en su unidad médica de adscripción en los días y horarios establecidos a los servicios de consulta externa, preferentemente previa concertación de la cita respectiva, o bien, a los servicios de urgencias que corresponda conforme al Área Médica respectiva, así como exhibir los documentos que acrediten su identidad, adscripción a la unidad y al médico familiar.

REQUISITOS PARA ATENCIÓN MÉDICA POR CONSULTA EXTERNA (unidad de medicina familiar).

- Estar vigente en sus derechos.
- Dado de alta en la unidad de adscripción.
- Tener asignado un consultorio y turno.
- Cartilla de Salud y Citas Médicas con fotografía y sello.
- Solicitar consulta en el turno y horario que se encuentra adscrito de forma personal, digital o vía telefónica (CAC-IMSS) 018006812525 / tel. U.M.F. / digital







En caso de haber realizado todo el procedimiento y no recibir la atención médica, dar aviso a la representación sindical y/o área administrativo-laboral



DICTAMEN DE INVALIDEZ PARA BENEFICIARIO (A) HIJO (A) DE 16 AÑOS O MÁS

Para que un(a) beneficiario(a) hijo(a) de 16 años o más pueda recibir dictamen de incapacidad, es necesario que padezca una enfermedad crónica o discapacidad por deficiencia física, mental, intelectual o sensorial.

Solicitar al médico familiar la integración y actualización del expediente clínico del hijo(a) para que, dependiendo de sus enfermedades, sea enviado al servicio de Salud en el Trabajo, donde determinarán si es candidato para recibir el dictamen de incapacidad.

Este dictamen se otorgará siempre y cuando el beneficiario(a) hijo(a) tenga 16 años o más, padezca una enfermedad crónica o discapacidad por deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales que no le permitan trabajar.

ASISTENCIA A CONSULTA EXTERNA SIN CITA

Si elige asistir sin cita con el médico familiar, existe la posibilidad de que la atención médica no sea inmediata y el consultorio sea distinto al que se tiene asignado.



4.3. ATENCIÓN MÉDICA EN ESPECIALIDAD (HGZ, HGR, HGO)

Especialidades para la atención preventivo - curativa de los derechohabientes.

SOLICITUD DE ATENCIÓN POR MÉDICO ESPECIALISTA.

Ser derivado por el médico de la U.M.F.

- A través de formato referencia contrarreferencia del IMSS.
- Sellado con certificación de vigencia de derechos por archivo de la U.M.F.

La unidad hospitalaria es determinada de acuerdo a la regionalización del Instituto.

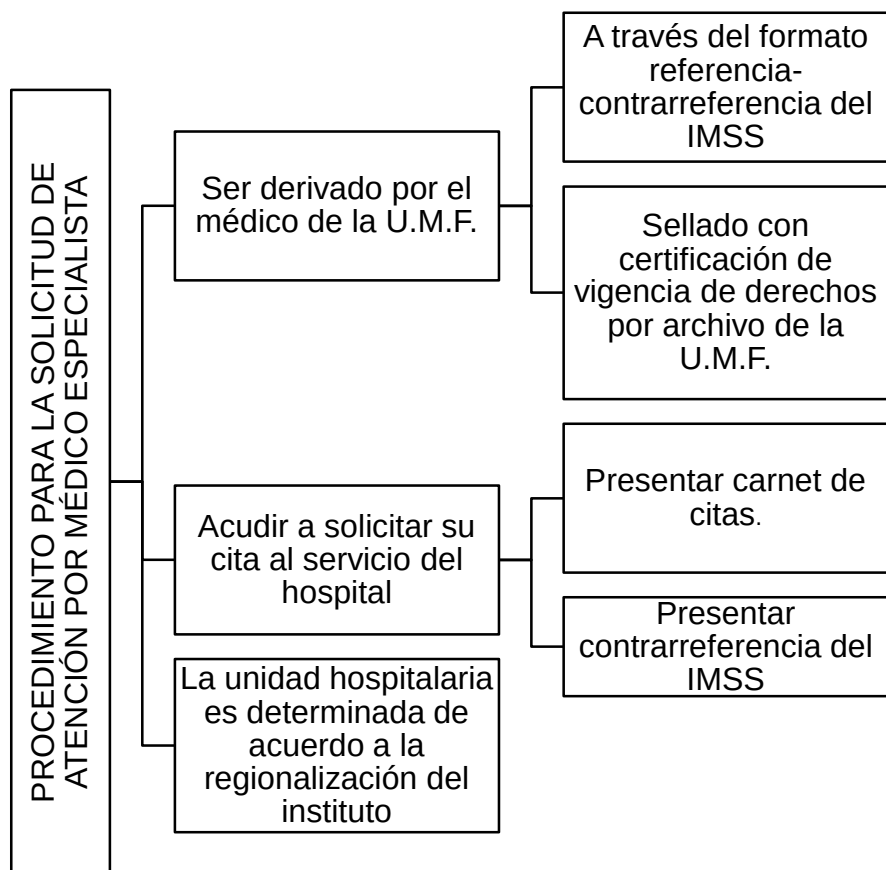
Acudir a solicitar su cita al servicio del hospital.

(Actualmente se busca que las U.M.F. sean las que otorguen la fecha de la cita a especialista).

Presentar contrarreferencia del IMSS.

Presentar carnet de citas.





En caso de que la cita de primera vez sea otorgada en más de 5 días, acudir con la Representación Sindical y/o área administrativo-laboral.





4.3.1. CITAS DE PRIMERA VEZ

BASES DE COORDINACIÓN CFE-IMSS-SUTERM SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

d) Ante la imposibilidad de **dar la cita de primera vez con médico especialista dentro de los primeros cinco días, y tomando en cuenta que el padecimiento requiere que se otorgue en ese plazo**, será el Director de la Unidad Médica responsable de conseguir la cita quien autorice la subrogación si no se da en ese plazo pactado o bien si se cancela por cualquier motivo. Igualmente, si el médico tratante solicita estudios de laboratorio o gabinete y por cualquier motivo no se realizan en el plazo que se requiere, el Director de la Unidad Médica deberá gestionar y autorizar la subrogación atendiendo los criterios generales de la Institución.

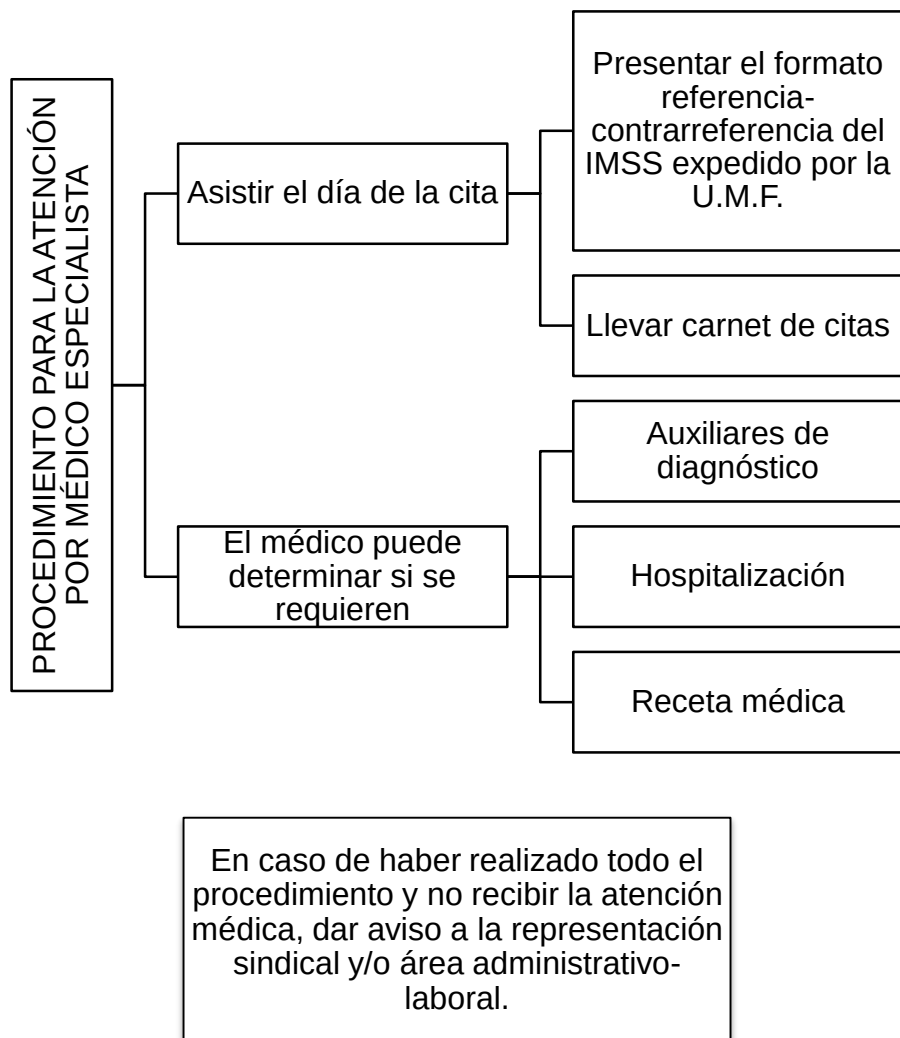
BASES DE COORDINACIÓN CFE-IMSS.SUTERM, CRITERIOS APLICABLES EN LAS RESOLUCIONES EN GENERAL

Los criterios en general para que se dictamine una queja se pueden agrupar en:

1) Negativa o diferimiento en la atención

- Por error en la vigencia
- Por espera prolongada
- **Por diferimiento de cita a la especialidad (5 días hábiles máximo para citas de primera vez)**
- Por falta de recursos humanos o materiales







4.4. ATENCIÓN MÉDICA EN ALTA ESPECIALIDAD (CMN, UMAE, GINECO)

Especialidades para la atención preventivo-curativa de los derechohabientes.

PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA DE HOSPITALES GENERALES (CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES).

Para que el derechohabiente sea atendido en el servicio de Alta Especialidad es necesario seguir el mismo procedimiento que para especialidad; sin embargo quien refiere a dicho servicio son los Hospitales Regionales y Generales, habiendo casos especiales donde refiere directamente la U.M.F.

NOTA

Si el trabajador o sus beneficiarios son referidos directamente de la U.M.F. a alta especialidad (Centro Médico), es necesario avisar inmediatamente a tu representación sindical y/o área administrativo-laboral para el **trámite de la dispensa médica.**





4.5. CONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Urgencia es todo padecimiento de origen agudo o crónico grave, que genera malestar en el paciente.

En caso de sufrir una enfermedad o accidente que ponga en **peligro la vida, la función o pérdida de un órgano**, acudir de inmediato al servicio de urgencias del hospital más cercano.

REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS

Artículo 5. Para efecto de recibir atención médica, integral y continua, el Instituto asignará a los derechohabientes su unidad médica de adscripción y médico familiar, acorde a la estructuración de los servicios establecida en el Área Médica correspondiente.

El Instituto otorgará **atención médica de urgencia al derechohabiente en cualquiera de sus unidades médicas que cuenten con este servicio, independientemente de su adscripción**, hasta su estabilización, egreso o posibilidad de traslado o referencia a la unidad que, por la complejidad de su padecimiento y por la zonificación de los servicios, le corresponda.

4.5.1. ¿QUÉ ES EL “TRIAGE”?

Según la guía práctica clínica **CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud)** “Triage” es un término francés utilizado para seleccionar, escoger o priorizar.

El “triage” es una escala de gravedad, que permite establecer un proceso de valoración clínica preliminar a los pacientes, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de urgencias.

Contribuye a que la atención brindada al paciente sea eficaz, oportuna y adecuada, procurando con ello limitar el daño y las secuelas, y que en una situación de saturación del servicio o disminución de recursos los pacientes más urgentes sean tratados primero.

4.5.2. PROCESO DE ASIGNACIÓN DE PRIORIDAD

El proceso de asignación de la prioridad cuenta con las siguientes acciones que no deben consumir más de 5 minutos.

- Primero: Realizar la evaluación rápida de vía aérea, ventilación y circulación.
- Segundo: De ser dirigido, identificar de manera oportuna e inmediata la causa principal de solicitud de consulta. Conforme a lo referido por el paciente y los hallazgos clínicos en el primer contacto se asigna la prioridad del paciente.
- Tercero: Evaluar los signos vitales del paciente.
- Cuarto: Asignación del área de tratamiento dentro del servicio de urgencias, de acuerdo a la prioridad del paciente.

Se sugiere establecer en los servicios de urgencias un "Triage" de 3 niveles, para optimizar la atención del paciente.

4.5.3. CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
Médico en el área de clasificación ("Triage") del servicio de urgencias	1.- Recibe y saluda al paciente y/o familiar o persona legalmente responsable. 2.- Realiza el interrogatorio directo al paciente, o indirecto al familiar o persona legalmente responsable, y la inspección del habitus exterior del paciente para clasificar la urgencia y establecer el motivo de consulta.
Enfermera General o auxiliar de enfermería general	Saluda al paciente y realiza la toma de signos vitales (tensión arterial, temperatura corporal, frecuencia respiratoria y cardíaca).
Médico en el área de clasificación del servicio de Urgencias	1.- Clasifica al paciente de acuerdo a la prioridad con que requiere la atención médica, asigna un nivel y color: * Emergencia rojo * Urgencia calificada amarillo * Urgencia no calificada verde
PACIENTE CLASIFICADO EN ROJO	
Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencias	Activa la alerta roja e ingresa en forma directa al paciente al área de reanimación
	Avisa al personal de admisión y/o trabajo social e inicia el procedimiento para el control de valores y ropa, así como registro de pacientes que son atendidos en los Servicios de Urgencias y Hospitalización.
PACIENTE CLASIFICADO EN AMARILLO	
Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencias	Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, sobre su estado de salud y el tiempo de probable espera para recibir su consulta, o lo pasa al área de observación.
	Indica al familiar o persona legalmente responsable para proporcionar datos en admisión de urgencias, para su registro.
PACIENTE CLASIFICADO EN VERDE	
Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencias	Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, de su estado de salud y el tiempo de probable espera para recibir su consulta.



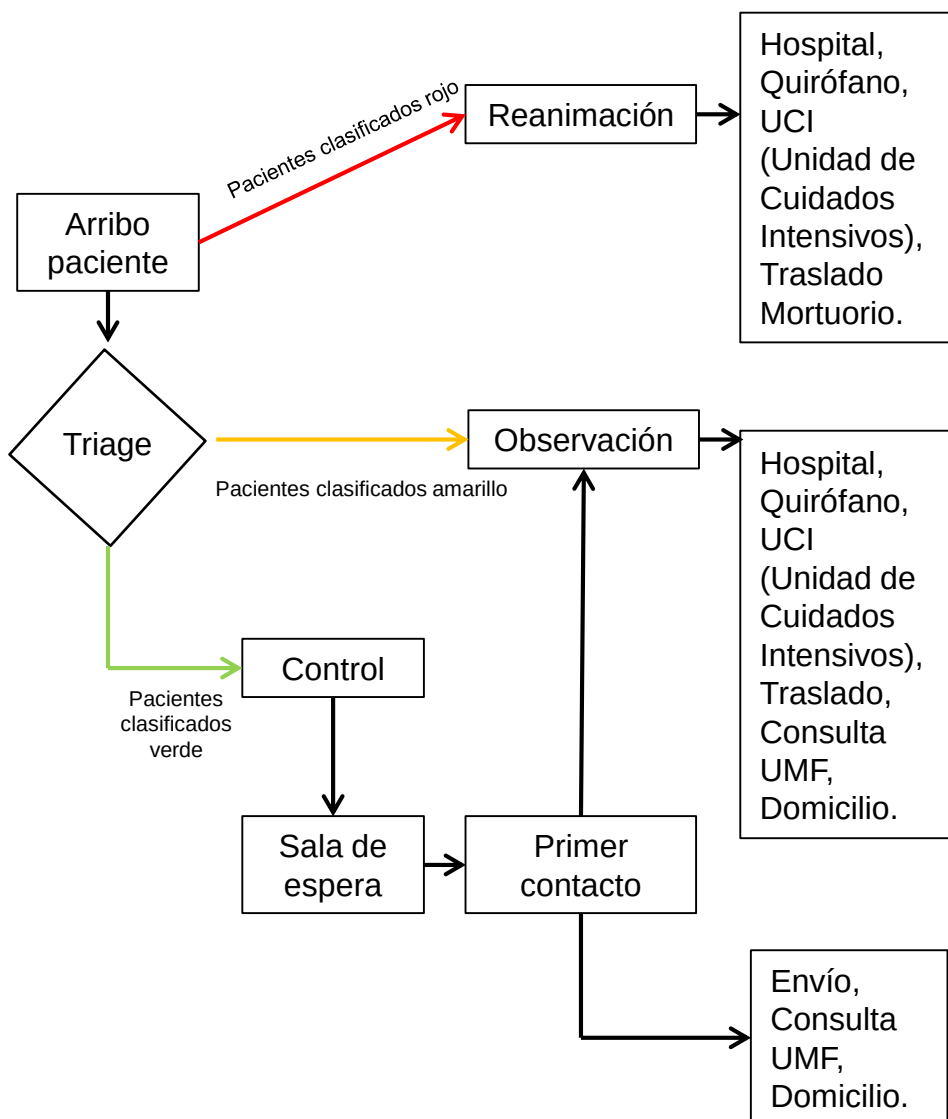


4.5.4.OBJETIVOS DEL TRIAGE

- Categorizar la atención del paciente en una urgencia calificada
- Identificar los factores de riesgo para categorizar la urgencia calificada
- Priorizar al paciente para asignar el área correspondiente para su atención: sala de reanimación, sala de observación o primer contacto (consultorios.)



4.5.5. DIAGRAMA DEL PROCESO DEL TRIAGE





4.5.6. PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA POR EL SERVICIO DE URGENCIAS.

Se otorga en las unidades de medicina familiar que cuenten con servicio de urgencias y en los hospitales.

- Cartilla de Salud y Citas Médicas con fotografía o número de seguridad social
- Avisar su llegada al personal correspondiente.



MODELO "TRIAGE"

Rojo: emergencia

- Eventos que ponen en peligro la vida o función de un órgano en forma aguda y debe ser atendido dentro de los primeros 10 minutos a su llegada a urgencias.

Amarillo: Urgencias

- Condiciones en las cuales el paciente puede deteriorarse, llegando a poner en peligro su vida o la función de alguna extremidad, así como reacciones adversas que pueda presentar el paciente al tratamiento establecido y debe ser atendido en los primeros 30 a 60 minutos.

Verde: No calificada

- Condiciones que el paciente considera como prioritaria, pero que no pone en peligro su vida; situaciones médico administrativas y médico legales, no existe un tiempo límite para su atención



REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL

Del servicio de urgencias.

Artículo 90. Las unidades médicas institucionales, en los casos en que el derechohabiente solicite atención en los servicios de urgencias por presentar problemas de salud que pongan en peligro la vida, un órgano o una función, **deberán proporcionar atención médica inmediata.**

Artículo 91. Si por la índole del padecimiento, el paciente necesita **permanecer en el área de observación del servicio de urgencias**, se le otorgará la atención médica hasta por **un lapso máximo de doce horas**, contado a partir del momento de su ingreso, tiempo durante el cual se determinará **su egreso o continuidad de su atención en hospitalización.**

Artículo 92. Al egreso del derechohabiente del servicio de urgencias, el médico tratante deberá enviar al médico familiar o no familiar, según corresponda, en los formatos establecidos, la información sobre la atención médica otorgada.



4.6. VISITA DOMICILIARIA

REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS

Artículo 74. El servicio de atención médica domiciliaria se podrá proporcionar a los derechohabientes por los médicos adscritos a la unidad de medicina familiar correspondiente, sólo cuando se encuentren imposibilitados física o psíquicamente para acudir a los servicios de consulta externa.

Artículo 75. La atención médica domiciliaria deberá solicitarse en la unidad médica de adscripción o por vía telefónica, proporcionando todos los datos necesarios para facilitar al Instituto la comprobación de los derechos de la persona que solicita la atención.

Artículo 76. La persona que solicite el servicio de atención médica domiciliaria deberá proporcionar toda la información que permita la localización del domicilio del paciente, inclusive algunas referencias que faciliten dicha localización y la propia visita del médico. Si fuera necesario, a juicio del Instituto, algún familiar o persona conocida deberá acompañar al médico de la unidad de adscripción al domicilio del paciente.

Artículo 77. Al realizar la visita domiciliaria el médico se identificará previamente y solicitará los documentos que acrediten la identidad del paciente como asegurado o beneficiario.





Artículo 78. Si el enfermo no se encontrara en el domicilio señalado al presentarse el médico, éste dejará constancia de tal hecho en el expediente respectivo y podrá concederse otra visita domiciliaria siempre que justifique el enfermo o su familiar el motivo de la ausencia, ante el personal autorizado de la unidad de medicina familiar correspondiente.

Artículo 79. El goce de los servicios de atención médica domiciliaria implica la obligación de parte del enfermo y de sus familiares, de permitir el acceso domiciliario para la práctica de las visitas que sean necesarias por parte del personal médico o paramédico.

Artículo 80. Cuando a juicio del médico tratante que realiza la visita médica domiciliaria, considere necesario hospitalizar al paciente, lo comunicará a los familiares y al propio paciente y elaborará la documentación administrativa correspondiente para tal efecto.

Artículo 81. Las solicitudes y visitas médicas domiciliarias se ajustarán a los días y horarios establecidos por el Instituto, para las unidades de medicina familiar.



4.7. ATENCIÓN MÉDICA PARTICULAR

CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO, CLÁUSULA 60

1. Con motivo de la incorporación al IMSS, operan en materia de sustitución de obligaciones las modalidades siguientes:

En los casos en que el **IMSS no haya prestado los servicios a que está obligado, los difiera sin causa médica justificada o su otorgamiento sea deficiente**, previa la comprobación respectiva que los asesores médicos de CFE y los representantes médicos designados por el SUTERM o representantes sindicales, hagan del diferimiento, omisión o deficiencia del IMSS, los trabajadores y sus beneficiarios podrán **obtener servicios equivalentes con médicos o instituciones particulares**, estando **obligada CFE a cubrir los gastos relativos**.

2. Cuando se den los supuestos establecidos en el punto anterior, la Comisión reembolsará a los trabajadores afectados, el importe de los gastos que por los servicios médicos particulares hubieran tenido que erogar, para lo cual debe observarse el siguiente procedimiento:

a) Los trabajadores o sus familiares derechohabientes invariablemente deben **acudir en primera instancia al IMSS** y sólo que éste **no preste** los servicios a que está obligado, **los difiera**, exista **deficiencia** en los mismos, **o no cuente con servicios propios o subrogados**, podrán solicitar atención médica particular.



b) En cualquiera de los casos mencionados, **el trabajador, algún familiar o el representante sindical**, deberá **dar aviso dentro de los 10 días siguientes de la omisión o deficiencia en los servicios del IMSS, al responsable del área administrativo-laboral de su centro de trabajo o de pago.**

CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO, CLÁUSULA 64

IV.- En casos de urgencia, los trabajadores y familiares con derecho, **podrán obtener directamente la atención de los médicos e instituciones más accesibles** y la CFE les restituirá los gastos que se hayan causado, previa comprobación.

CONVENIO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS PARTICULARES

El Instituto se compromete y obliga a subrogar con terceros la atención médica y de medicinas que requieran los asegurados de la Comisión y derechohabientes, en aquellos municipios y lugares en los que no cuente con recursos propios.

En aquellos lugares en que el Instituto no efectúe la subrogación a que se obliga o en aquellos otros en que los asegurados de Comisión y sus familiares derechohabientes no reciban los servicios a que éste último está obligado, o los preste deficientemente, siempre y cuando se hayan satisfecho los requisitos para obtenerlos, **la CFE autorizará en forma directa el pago de los gastos que sus trabajadores o familiares derechohabientes se vean precisados a erogar con servicios médicos particulares,**

4.7.1 PROCEDIMIENTO PARA EL REEMBOLSO UNA VEZ CONCLUIDA LA ATENCIÓN MÉDICA PARTICULAR

CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO, CLÁUSULA 60

c) La solicitud de reembolso de gastos médicos particulares, deberá presentarla el trabajador, por conducto de la representación sindical, al responsable del área administrativo-laboral de su centro de trabajo o centro de pago, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que los efectúe, acompañando a la misma los originales de los recibos de honorarios y facturas que amparen las cantidades erogadas, así como el certificado médico de la institución particular que prestó el servicio.

d) Al presentarse dicha solicitud, se levantará constancia con la intervención del responsable del área administrativo-laboral, en la que en forma detallada se narre por el trabajador, jubilado o familiar derechohabiente afectado, la omisión o deficiencia en que incurrió el IMSS.

e) Satisfechos los requisitos anteriores, la CFE hará el reembolso correspondiente al trabajador, o jubilado, contra el recibo que éste otorgue.

f) En caso de que el procedimiento no haya sido correcto, los asesores médicos y un representante médico o sindical del SUTERM, tendrán la facultad para determinar la procedencia o improcedencia del reembolso.



g) Independientemente de lo anterior, en todos los casos **CFE deberá gestionar el reembolso correspondiente ante el IMSS.**

h) Cuando la CFE haya reembolsado los gastos médicos particulares, el **descuento al trabajador** de la cantidad que se le haya reembolsado **sólo procederá en casos excepcionales**, por notorio incumplimiento del procedimiento y previo acuerdo entre CFE y SUTERM.





CONVENIOS TRIPARTITOS (CONVENIO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS PARTICULARES)

TRABAJADOR, JUBILADO O DERECHOHABIENTE

1.- Asiste al servicio médico proporcionado por el IMSS, propio o subrogado.

2.- Recibe deficiente servicio médico o existe omisión del mismo.

3.- Avisa de la omisión o deficiencia en los servicios del IMSS, al responsable del área Administrativo–Laboral de su Centro de Trabajo o de pago, el día que ocurra si es en día y horas hábiles, o a más tardar el día siguiente.

4.-Acude a servicios médicos particulares recabando comprobantes debidamente requisitados, en originales, tales como:

- Certificado médico
- Receta médica dirigida al paciente
- Recibo de honorarios con número de Registro Federal de Contribuyentes, número de Cédula Profesional, nombre y dirección del profesionista consultado, importe con número y letra de la consulta así como nombre del trabajador, jubilado o derechohabiente.
- Comprobantes de pago de las medicinas con número de Registro Federal de Contribuyentes, dirección y nombre del establecimiento que lo expide.



5.- Recaba información específica sobre la omisión o deficiencia en el servicio médico del IMSS tal como:

- Explicación detallada por escrito de la deficiencia o anomalía.
- Número de la clínica respectiva.
- Nombre del personal responsable de la omisión o deficiencia.
- Explicaciones recibidas del personal del IMSS sobre el caso.

6.- Formula la solicitud de reembolso de gastos médicos particulares y la presenta al responsable de área Administrativo–Laboral de su Centro de Trabajo o de pago, dentro de los cinco días siguientes a la fecha en que los efectúe, acompañando la documentación señalada en los puntos 4 y 5.

RESPONSABLE DEL AREA ADMINISTRATIVO – LABORAL

7.- Recibe y revisa que los documentos anteriores estén debidamente requisitados; en caso contrario, los rechaza hasta que los mismos estén correctos.

8.- Si están correctos se formula constancia circunstanciada de la omisión o deficiencia en que incurrió el IMSS, misma que autorizará con su firma, así como todos los originales del caso.





9.- Sin prejuzgar sobre la procedencia de la solicitud, se hará de inmediato el reembolso correspondiente al trabajador o jubilado contra el recibo que éste presente.

TRABAJADOR O JUBILADO

10.- Recibe de conformidad el pago del reembolso de gastos médicos y medicinas.

RESPONSABLE DEL ÁREA ADMINISTRATIVO-LABORAL

11.- Abre expediente con la documentación recibida, para registro y control del caso, anotando en la carátula:

- Número de R.P.E. (Registro Permanente de Empleado)
- Número de Afiliación del IMSS
- Domicilio y número del teléfono del trabajador, jubilado o derechohabiente.

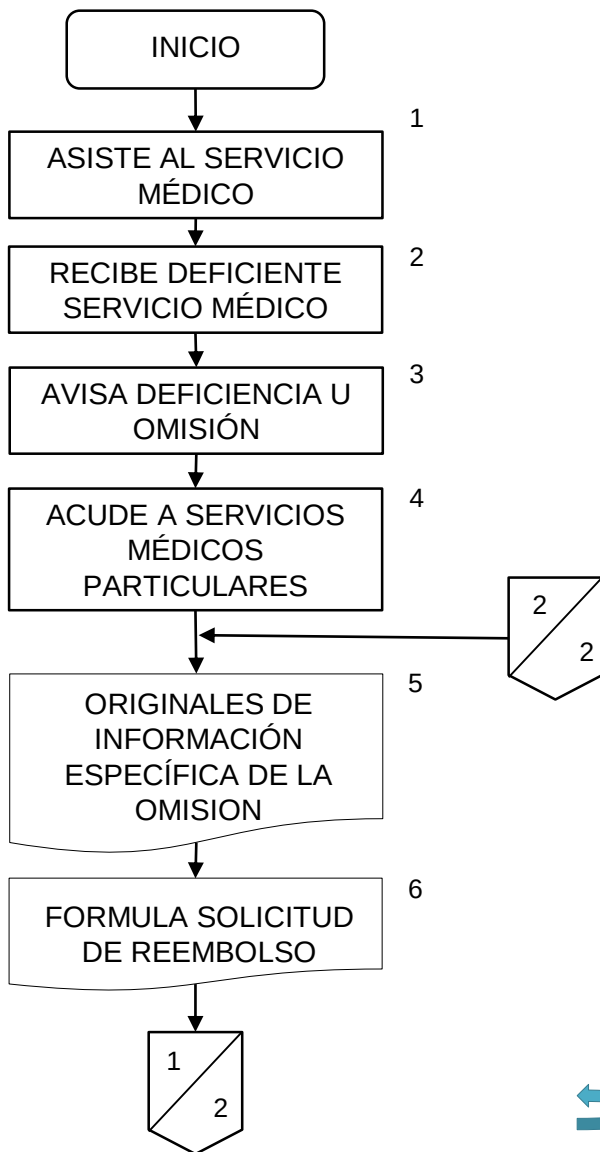
12.- Formula la relación de todos los casos ocurridos en el mes. Del importe de la cédula bimestral de liquidación del pago de cuotas obrero patronales, o del entero anticipado que corresponda cubrir por registro patronal en cada Centro de Trabajo, se compensará descontando el importe de los reembolsos efectuados a que se refiere la relación del periodo de que se trate.



Se harán semestralmente los ajustes correspondientes por cuanto a los casos en que el IMSS acredite a la CFE que existió notoria improcedencia, en cuyo caso la comisión quedará facultada para hacer los descuentos correspondientes a los trabajadores y jubilados. Los casos en que el IMSS declare improcedente la compensación efectuada, la resolución respectiva deberá impugnarse en la vía y la forma que legalmente proceda.



CONVENIOS TRIPARTITOS (CONVENIO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS PARTICULARES)



4.7.2. CRITERIOS PARA DICTAMINAR UNA QUEJA

BASES DE COORDINACIÓN CFE-IMSS-SUTERM

CRITERIOS APLICABLES EN LAS RESOLUCIONES EN GENERAL

Los criterios en general para que se dictamine una queja se pueden agrupar en:

- 1) Negativa o diferimiento en la atención
- 2) Error diagnóstico o falta de oportunidad en éste.
- 3) Error de tratamiento o diferimiento del mismo

En cada uno de los rubros existen agravantes o atenuantes que deben considerarse en cada caso.

1.- NEGATIVA O DIFERIMIENTO EN LA ATENCIÓN:

- Por error en la vigencia
- Por espera prolongada
- Por diferimiento de cita a la especialidad (5 días hábiles máximo para citas de primera vez)
- Por falta de recursos humanos o materiales

2.- ERROR DIAGNÓSTICO O FALTA DE OPORTUNIDAD EN ÉSTE.

- Por falta de estudio clínico
- Por falta de utilización de auxiliares de diagnóstico o error en su interpretación
- Por impericia o negligencia; por falta de recursos



En este renglón también debe considerarse la demanda de la participación de las Autoridades por parte del interesado o de la Comisión responsable y, por otro lado, el tiempo transcurrido entre la falla institucional y la utilización de servicios extrainstitucionales, siempre relacionado con el tipo de patología.

3.- ERROR DE TRATAMIENTO O DIFERIMIENTO DEL MISMO:

- Falta de medicamentos
- Falta de recursos materiales o humanos
- Tratamiento insuficiente
- Diferimiento de cirugía
- Prescripción errónea de auxiliares de tratamiento (rehabilitación)
- Posología incorrecta

Algunos de estos renglones también pueden estar supeditados a la participación de autoridades de la Unidad o Nivel Central, por parte del interesado o Comisión responsable.



CASOS NOTORIAMENTE IMPROCEDENTES

1. El derechohabiente no acude a los servicios institucionales.
2. La atención privada se brindó en servicios médicos en el extranjero.
3. Teniéndose un diagnóstico correcto y un plan terapéutico adecuado, el paciente abandona la atención institucional.
4. Aún sin tener un diagnóstico de certeza, se está realizando un protocolo de estudio congruente con la sintomatología que el paciente presenta y éste abandona la atención institucional.
5. Habiéndose realizado oportunamente los trámites para envío a Unidad de apoyo, optan por servicios privados.
6. Casos en etapa terminal correctamente diagnosticados, en los que no se justifica, por la misma razón, prolongar la estancia hospitalaria y son conducidas a unidades privadas.
7. Argumentando negativa de servicio de ambulancia o visita a domicilio se traslada a particulares, pudiendo hacerlo de la misma forma a servicios institucionales.
8. Argumentando deficiencia en casos anteriores no acude a los servicios institucionales y directamente se presenta a particulares.



9. Basándose en que el caso se resolvió procedente, se pretende continuar con la atención particular indefinidamente, aún cuando se les ofrecen los servicios institucionales.

10. El único beneficio obtenido por la intervención de los servicios particulares sea la celeridad con que se resolvió un problema crónico, que no implicaba urgencia y que se había programado en los servicios institucionales.

11. El tiempo transcurrido entre la última atención institucional y el inicio de la de los servicios privados hace suponer que el cuadro clínico se modificó, de acuerdo a la historia natural de la enfermedad y por tanto establecer el diagnóstico se facilitaba, o había nuevos datos que indicaban un cambio en el tratamiento.

12. Solicitan prestaciones a las que el IMSS no está obligado por la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos.

Y los demás casos similares en los que basándose en el conocimiento médico y las prácticas universalmente reconocidas, no se identifique una falla de los servicios institucionales.

4.7.3 SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

BASES DE COORDINACIÓN CFE-IMSS-SUTERM

d) Ante la imposibilidad de dar la **cita de primera vez** con médico especialista **dentro de los primeros cinco días y tomando en cuenta que el padecimiento requiere que se otorgue en ese plazo**, será el Director de la Unidad Médica responsable de conseguir la cita, quien autorice la subrogación si no se da en ese plazo pactado o bien, si se cancela por cualquier motivo. Igualmente, si el médico tratante solicita **estudios de laboratorio o gabinete** y por cualquier motivo no se realizan en el plazo que se requiere, el Director de la Unidad Médica deberá gestionar y autorizar la subrogación atendiendo los criterios generales de la Institución.

e) Será el Director de la Unidad Médica del 1º, 2º o 3er. Nivel de atención el que autorice la **subrogación de cirugía, cuando ésta sea de urgencia y no se cuente institucionalmente con la capacidad de referencia**, con el recurso humano, material o técnico que permita resolver el problema del derechohabiente. El diferimiento mayor de 60 días podrá ser motivo de subrogación. Cuando el diferimiento genere incapacidades temporales innecesarias al trabajador, se subrogará en un plazo no mayor de 30 días.

4.7.4. DIFERENCIAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA PARTICULAR

	CLÁUSULA 60	CLÁUSULA 64
Se presenta deficiencia, diferimiento o negativa del IMSS	Sí	No
Existe urgencia médica	Sí/ No	Sí
Los médicos asesores deben indicar que se brinde la atención en particular	Sí/ No	Sí/ No
El trabajador efectúa el pago para posteriormente solicitar el reembolso	Sí	Sí
CFE gestiona la solicitud de reembolso ante el IMSS	Sí	No
Aplica para trabajadores activos	Sí	Sí
Aplica para beneficiarios y jubilados	Sí	Sí

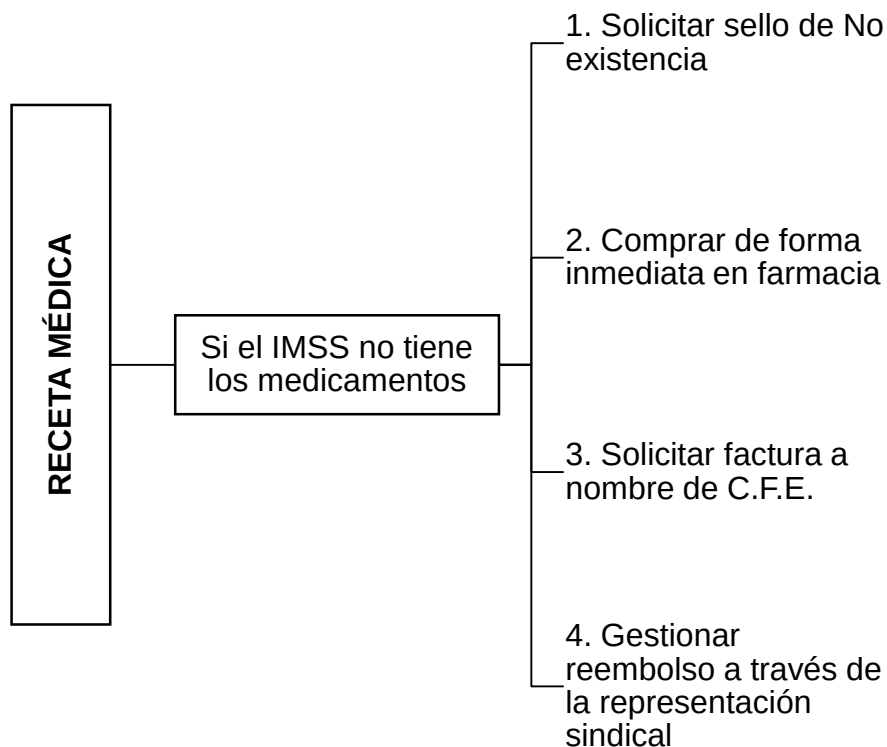


4.8. RECETA MÉDICA

BASES DE COORDINACIÓN CFE-IMSS-SUTERM

Ante la falta de medicamentos recetados por el médico tratante, previa negativa de surtirlos por la farmacia del IMSS, podrá el derechohabiente de Comisión Federal de Electricidad adquirir los mismos en farmacia privada para que su empresa le cubra el gasto correspondiente. Comisión Federal de Electricidad mensualmente presentará al Instituto la relación de gastos anexando las recetas institucionales con la negativa de surtido y las notas de compra a fin de que este último se los reintegre.







4.9. VIÁTICOS

REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL IMSS

Artículo 100. Para los efectos del presente Reglamento, se entenderá por viáticos la ayuda que el Instituto otorga al derechohabiente **trasladado para cubrir en parte sus necesidades de alimentación y alojamiento**, en un lugar diferente al que resida y al de la unidad médica del Instituto que autorice su traslado.

Artículo 101. Se establece como monto de ayuda para viáticos por persona y por día, el importe de un salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal, cuando el traslado implique la necesidad de alojamiento y de los tres alimentos.

Artículo 102. El acompañante que haya sido autorizado por el Instituto tendrá derecho al pago de pasajes y de ayuda para viáticos, en los términos del artículo anterior.

Artículo 103. En caso de traslado, el asegurado, pensionado o beneficiario recibirá en la unidad médica remitente, la cantidad en efectivo necesaria para el pago de pasajes en autobús que le permita transportarse hasta el lugar en donde el Instituto le brindará la atención o servicios que requiera. La cantidad cubrirá el importe de los pasajes de ida y vuelta.

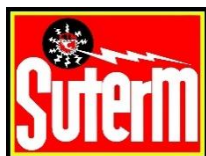


CLÁUSULA 64 DEL CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO

V.- Serán por cuenta de la CFE los gastos de transporte, alimentación y hospedaje, conforme a lo establecido en la cláusula relativa a viáticos, del enfermo o parturienta, cuando por urgencia o **a juicio del médico de la CFE**, sea necesario que acuda a lugares en que existan los medios para la debida atención. En las urgencias y cuando el médico de la CFE lo autorice, se cubrirán dichos gastos a un acompañante del enfermo o parturienta.

En lo que a viáticos se refiere, a los niños menores de 30 meses, se les autoriza como complemento de alimentación abláctica a razón de \$220.00 (DOSCIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N.) diarios y no tendrán derecho a viáticos.





CFE

COMISIÓN FEDERAL
DE ELECTRICIDAD



Dirección de Administración

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Circular No. HA/RCD/005/2015.

México, D.F., a 28 de mayo de 2015.

A LOS SEÑORES:
SUBDIRECTORES
COORDINADORES
GERENTES DE OFICINAS NACIONALES
GERENTES DIVISIONALES DE DISTRIBUCIÓN
GERENTES REGIONALES DE PRODUCCIÓN
GERENTES REGIONALES DE TRANSMISIÓN
GERENTE DE CENTRAL NUCLEOELÉCTRICA LAGUNA VERDE
GERENTE DE PROYECTOS GEOTERMOELÉCTRICOS
GERENTE DE LABORATORIO
GERENTE DE ESTUDIOS DE INGENIERÍA CIVIL
RESIDENTES REGIONALES DE CONSTRUCCIÓN
SUPERINTENDENTES DE ESTUDIOS Y DE BRIGADAS
P R E S E N T E S .

Con el propósito de homologar los criterios de cálculo, para el pago de prestaciones a partir del 1º de Mayo de 2015, al personal sujeto al Contrato Colectivo Único en vigor, agradeceré la difusión y aplicación en sus áreas de los siguientes conceptos,

1. Traslado de enfermos		\$	760.00
2. Alimentos Cuota Diaria	Desayuno	\$	100.00
	Comida	\$	198.00
	Cena	\$	100.00
3. Alimentación Abláctica cuota diaria		\$	227.00

ATENTAMENTE


HECTOR DE LA CRUZ
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

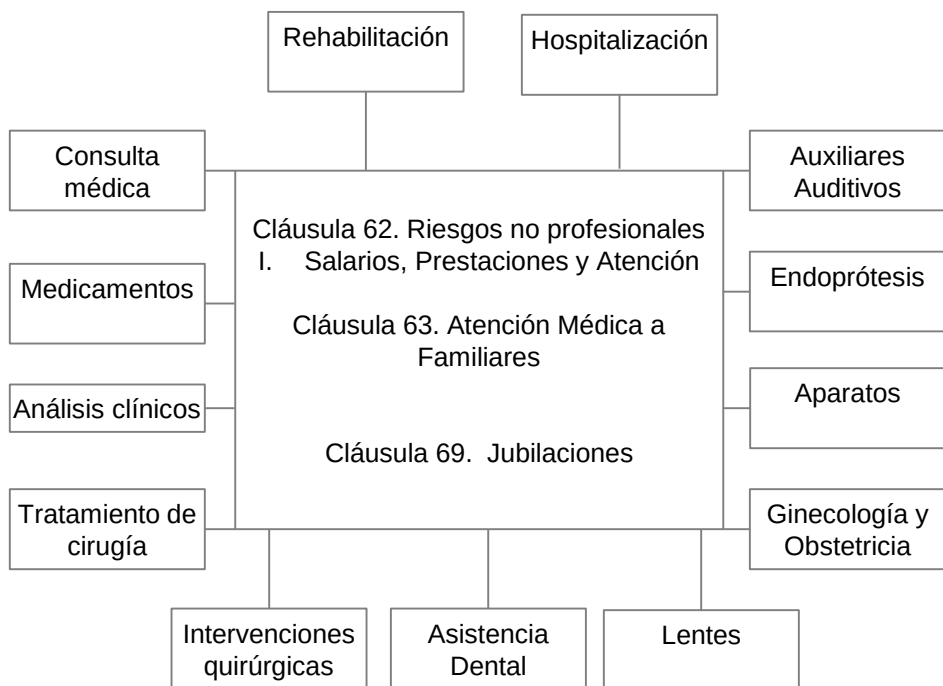

SR. VÍCTOR FUENTES DEL VILLAR
SECRETARIO GENERAL DEL CEN DEL
SUTERM


c.c.p.-Dr. Enrique Odioa Reza.-Director General
Ing. Luis Carlos Hernández Ayala.- Director de Operación
Dr. Jaime Francisco Hernández Martínez.- Director de Finanzas
Act. Guillermo Turrent Schinas.- Director de Modernización
Ing. Benjamín Granados Domínguez.- Director de Proyectos de Inversión Financiada
Lic. Gustavo Evarado Virela Ruiz.-Auditor Interno de la Comisión Federal de Electricidad.
Comité Ejecutivo Nacional del SUTERM.

EJEMPLO DE CIRCULAR QUE SE ACTUALIZA CADA AÑO



4.10. PRESTACIONES POR CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO





CONVENIOS TRIPARTITOS, CONVENIO GENERAL DE INCORPORACION

SÉPTIMA- Queda a cargo de la Comisión la obligación de otorgar las prestaciones en especie que, de acuerdo con su Contrato Colectivo de Trabajo, debe dar a familiares de trabajadores, cuando aquéllos no sean los que expresamente determina la Ley del Seguro Social o no satisfagan cualquiera de los requisitos contenidos en la misma. Sin embargo, las partes están de acuerdo en celebrar con el Instituto un Contrato de Seguro Facultativo para que, mediante el pago de la cuota respectiva, el Instituto proporcione las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad a los familiares referidos, en los términos establecidos en los artículos 224 y 225 de la Ley y en las Normas Básicas para la contratación del Seguro Facultativo aprobadas por el H. Consejo Técnico en sus Acuerdos Nos. 5841/78 y 8609/78.





CLÁUSULA 62, CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO

c) Proporcionar atención médica y medicinas al trabajador durante un plazo máximo de 52 semanas para la misma enfermedad, siempre que se hubieren utilizado en forma continua las licencias con y sin pago de salario, y si la enfermedad no impide su asistencia al trabajo, no se limitará dicha atención en cuanto a tiempo. La atención médica y medicinas comprenderá específicamente los siguientes aspectos:

1. Consulta médica general y de especialistas que se requieran incluyéndose psiquiatras, así como grupos de apoyo.
2. Todos los medicamentos necesarios.
3. Análisis clínicos, radiológicos y de gabinete, cuando a juicio de los médicos generales o especialistas se requieran.
4. Tratamiento de cirugía menor, ambulatoria y enfermería que comprenderá en general toda clase de inyecciones, transfusiones, curaciones e intervenciones que no requieran anestesia general o sala quirúrgica y hospitalización.
5. Intervenciones quirúrgicas necesarias y material de osteosíntesis, incluyéndose trasplantes y cirugía de rehabilitación y reconstructiva, con excepción de la cirugía plástica.





6. Asistencia dental que comprenderá tratamiento médico quirúrgico de padecimientos de la encía, labios, paladar, maxilares y dientes, guardas oclusales, profilaxis bucal, obturaciones de cemento, porcelana o amalgama de plata y tratamiento de endodoncias. Cuando el padecimiento sea de origen traumático prótesis dental y maxilares

7. Cristales graduados o micas, cuando sean necesarios a juicio del oftalmólogo de la CFE, así como amazones cuyo costo no exceda de \$2,160.00 (DOS MIL CIENTO SESENTA PESOS 00/100 M.N.) Los periodos para el otorgamiento de esta prestación se establecerán en el Reglamento Interior de Trabajo.

La CFE proporcionará lentes intraoculares y, cuando por necesidad post-operatoria se requieran, lentes de contacto, así como lentes especiales cuando por prescripción del oftalmólogo de CFE el paciente lo requiera.

8. Servicio de ginecología y obstetricia.- Las trabajadoras disfrutarán de licencia con pago de salario íntegro por doce semanas, que se iniciará antes o después del parto, según convenga a la salud de la trabajadora y que podrá ampliarse anticipándose o prorrogándose por el tiempo necesario a juicio del ginecólogo u obstetra que le preste atención. Además, en el postparto se le proporcionará ayuda para lactancia hasta por seis meses, y una canastilla, cuyo contenido y calidad sean iguales a los que proporciona el IMSS.

La entrega de la canastilla se hará extensiva a las esposas de los trabajadores y de ninguna manera se cambiará por una prestación económica.



9. Aparatos, muletas, calzado y dispositivos de prótesis y órtesis de ortopedia necesarios.

10. Endoprótesis, prótesis y marcapasos, así como equipo y tratamiento que se requiera, que no sea proporcionado por el IMSS y siempre bajo prescripción de médicos especialistas institucionales.

11. Auxiliares auditivos digitales prescritos por especialistas del IMSS. En caso necesario se renovará la autorización con tiempo mínimo de 5 años.

Se autorizarán implantes cocleares en beneficiarios hijos, prescritos por especialistas del IMSS y que tengan hipoacusia neurosensorial profunda, previa valoración médica de la CFE y el SUTERM. En caso de discrepancias, las partes acudirán a la opinión de alguna Institución Médica Especializada de reconocido prestigio, cuyo dictamen será inapelable.

12. Hospitalización en instituciones de primera, incluyendo servicios de rehabilitación física y mental, con todos los servicios y por el tiempo necesario, que no excederá de un año para la misma enfermedad.

13. Tratamiento en rehabilitación de adicciones por una sola ocasión, durante un plazo máximo de 6 meses, y en los términos que establezcan las reglas de aplicación de este numeral, que se convengan por las partes.





CLÁUSULA 69.- JUBILACIONES

III. Los trabajadores jubilados tendrán derecho a recibir servicio eléctrico, en los términos que establece la Cláusula 67.- SERVICIO ELÉCTRICO de este Contrato y éstos y sus familiares tendrán derecho a recibir atención médica y medicinas en los términos de las Cláusulas 62.- RIESGOS NO PROFESIONALES y 63.- ATENCIÓN MÉDICA A FAMILIARES, mientras subsista la pensión.





5. INCAPACIDADES





5. Incapacidades

5.1. Seguimiento a incapacidades

5.2. Retroactividad de la incapacidad

5.3. Emisión del dictamen de invalidez

5.3.1. Suspensión de la pensión de invalidez, de incapacidad permanente parcial o de incapacidad permanente total

5.4. Incapacidades

5.4.1. La incapacidad por un mismo padecimiento y la prórroga para la emisión de ésta

5.4.2. Interrupciones de la incapacidad por ocho semanas ante un mismo cuadro patológico

5.4.3. Causa para la no expedición de certificado de incapacidad temporal para el trabajo

5.5. Incapacidad por riesgo no profesional

5.6. Incapacidad por riesgo de trabajo

5.6.1. Prestaciones IMSS del Seguro de Riesgos de Trabajo

5.7. Incapacidad por Maternidad

5.8. Derechos contractuales por riesgo no profesional

5.9. Derechos contractuales por riesgo profesional



5.1. SEGUIMIENTO A INCAPACIDADES

CONVENIOS TRIPARTITOS, BASES DE COORDINACIÓN CFE-IMSS-SUTERM

Control y seguimiento de incapacidades temporales.

Debido a que el índice de ausentismo de CFE es muy alto, ésta aportará la información estadística suficiente para que en las reuniones locales se puedan tomar las siguientes acciones:

- a) Comisión Federal de Electricidad entregará al Instituto Mexicano del Seguro Social una relación de los trabajadores con 30 días o más de incapacidad en un período de 6 meses y que a su juicio considere que se trata de un trabajador “problema” o que no se ha resuelto su problema médico. Señalará las Unidades Médicas donde le fueron expedidas. Se revisarán los casos por el Instituto para informar en su oportunidad a CFE el resultado de dicho análisis.
- b) Derivado de la revisión institucional se tomarán decisiones como es el envío al especialista o al tratamiento que requieran, envío a rehabilitación, envío a salud en el trabajo para valoración, envío para evitar dictamen de invalidez o de incapacidad permanente o bien se dará de alta al paciente.



5.2. RETROACTIVIDAD DE LA INCAPACIDAD

REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL IMSS

Artículo 157. El certificado de incapacidad temporal para el trabajo con efecto retroactivo es el documento que con carácter inicial, subsecuente o recaída se otorga al asegurado para amparar una incapacidad ocurrida en fecha anterior a aquella en que tenga conocimiento el médico tratante o estomatólogo del Instituto o en este mismo caso, para cubrir tiempo no amparado entre dos certificados de incapacidad expedidos con anterioridad.

Artículo 158. Cuando el asegurado solicite que se le expida certificado de incapacidad temporal para el trabajo para cubrir tiempo no amparado entre dos certificados de incapacidad expedidos anteriormente, el médico tratante o estomatólogo del Instituto deberá revisar el expediente clínico del asegurado, así como los documentos que éste presente para hacer constar su petición y, de ser procedente, le expedirá el certificado de incapacidad solicitado en los términos del artículo 160 de este Reglamento.

Artículo 159. Cuando el asegurado solicite certificado de incapacidad con efecto retroactivo porque no acudió a recibir atención médica en el Instituto, deberá presentar los estudios clínicos, antecedentes y demás elementos que comprueben su padecimiento y el tratamiento recibido. Con base en lo anterior, el médico tratante del Instituto a quien

se le haga dicha petición, determinará si médicamente resulta procedente admitir que tuvo incapacidad temporal para el trabajo y de ser así, establecerá la fecha probable del inicio de la enfermedad y los días de incapacidad que amparará el certificado de incapacidad con efecto retroactivo.

Artículo 160. La expedición de certificados de incapacidad con efecto retroactivo deberá sustentarse en la opinión del médico tratante y en el análisis de la documentación comprobatoria presentada por el asegurado; asimismo, se sujetará a las reglas siguientes:

I. El médico tratante, de ser procedente, expedirá el certificado de incapacidad temporal para el trabajo, con efecto retroactivo, hasta por 2 días anteriores a la fecha en que se solicita su expedición, contando con el visto bueno del Director de la Unidad Médica o, en su ausencia, de la persona que lo sustituya, y

II. Si se solicita que el certificado con efecto retroactivo ampare 3 o más días de incapacidad temporal para el trabajo, anteriores a la fecha en que se solicita, deberá someterse su expedición al acuerdo y resolución del órgano colegiado competente.

Si a juicio del órgano colegiado no es procedente la expedición del certificado de incapacidad temporal para el trabajo con efecto retroactivo, se deberá informar por escrito al peticionario, sobre las razones en que se fundamenta la negativa.





Artículo 161. Tratándose de la fracción II del artículo anterior, la solicitud de certificados de incapacidad temporal para el trabajo con efecto retroactivo, acompañada de la opinión médica respectiva, será turnada por el Director de la Unidad Médica o, en su ausencia, por la persona que lo sustituya, al área de Atención y Orientación al Derechohabiente que corresponda, para su presentación al órgano colegiado competente. En el trámite de la referida solicitud no se aplicará el Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.



5.3. EMISION DEL DICTAMEN DE INVALIDEZ

REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL IMSS

Artículo 32. Cuando se **agoten las posibilidades de tratamiento médico y de rehabilitación** o bien, cuando se cumplan **cincuenta y dos semanas de incapacidad temporal para el trabajo**, la evaluación del posible estado de invalidez deberá realizarse de conformidad con lo dispuesto en el artículo 58 del presente Reglamento.

La dictaminación del estado de invalidez deberá ser realizada por el personal médico adscrito a los servicios institucionales de Salud en el Trabajo, a través del dictamen médico correspondiente, el que establecerá la determinación de la disminución o pérdida de la capacidad para el trabajo del asegurado, mediante la información médica, laboral y social que se requiera.

Para efectos de revisar la procedencia o improcedencia y resolver lo conducente respecto del dictamen de invalidez, los **equipos interdisciplinarios de las Unidades Administrativas Delegacionales de Salud en el Trabajo serán los facultados para validar que el dictamen esté elaborado con base en la normatividad establecida**, así como cuando les sea requerido por el órgano colegiado competente, para efectos de la resolución del recurso de inconformidad a que se refiere el artículo 294 de la Ley.



Previamente a la emisión del dictamen, los servicios médicos correspondientes identificarán al asegurado mediante documento oficial con fotografía o con el documento que le expida el Instituto en los términos del artículo 8 de la Ley. Los datos de este documento se asentarán en el dictamen, el cual deberá emitirse independientemente del número de semanas cotizadas que tuviera el trabajador.

Artículo 58. El tratamiento de los asegurados por una misma enfermedad se proporcionará mientras dure ésta, siempre y cuando se reúnan los requisitos de la Ley y sus Reglamentos en materia de conservación de derechos para recibir las prestaciones médicas.

Cuando el asegurado enfermo se encuentre incapacitado para trabajar, el tiempo de tratamiento para una misma enfermedad se limitará a cincuenta y dos semanas, con prórroga de hasta cincuenta y dos semanas más, según lo disponen los artículos 91 y 92 de la Ley, siempre y cuando el periodo de incapacidad sea ininterrumpido o con interrupciones menores de ocho semanas.

Si al término de las 44 semanas de tratamiento de una enfermedad no profesional, por la cual se hayan expedido certificados de incapacidad temporal para el trabajo, el médico tratante considere que la enfermedad no tiene posibilidades de recuperación y que el trabajador no se reincorporará al trabajo, deberá remitir al asegurado al servicio de Salud en el Trabajo para evaluar la procedencia de un posible estado de invalidez.





Si hay interrupciones de la incapacidad de ocho semanas o más, durante las cuales el trabajador haya vuelto a su trabajo, con autorización del médico tratante del Instituto, la presentación del mismo cuadro patológico se considerará como una nueva enfermedad. El Instituto estará facultado para constatar que el asegurado se incorporó a laborar en su ocupación habitual, en el periodo que interrumpió la incapacidad temporal para el trabajo, debiendo el patrón, en este caso, proporcionar al Instituto la información pertinente.





CONVENIOS TRIPARTITOS, BASES DE COORDINACIÓN CFE-IMSS-SUTERM

La empresa Comisión Federal de Electricidad tiene una gran demanda de peticiones de dictámenes de invalidez o de incapacidad parcial o total permanente, debido a que por su contrato Colectivo de Trabajo los trabajadores solicitan jubilaciones anticipadas. **La empresa considera que en ocasiones no son plenamente justificadas o bien pueden tener reubicación laboral.** El abatir estos dictámenes y otorgar sólo aquéllos que estén justificados, beneficia a ambas instituciones en el rubro de prestaciones en dinero. El control que se establecerá tendrá los siguientes pasos:

a) Integrar un comité por cada delegación del IMSS en el que participen Comisión Federal de Electricidad y el SUTERM, para que estos dos últimos aporten elementos de juicio que permitan definir el estado de salud de los trabajadores que son candidatos a invalidez o incapacidad permanente; esto será previo al Dictamen. La finalidad será evitar que se otorguen pensiones cuando no sean justificadas. Dicho comité deberá cuidar que no exista diferimiento en la resolución de los casos por no haberse reunido el mismo.

b) En relación a la nota que debe ponerse a los dictámenes será la siguiente: “Capacidad Residual para Desempeñar un Trabajo”, según lo establece la Ley del Seguro Social en su artículo 128.



c) Para garantizar el cumplimiento de la norma, los formatos ST-3 y ST-4 llevarán invariablemente la firma de los médicos que participaron en la revisión y por lo mismo, no se permitirá la repetición de firmas. Las valoraciones que se realizan en las Clínicas de Salud para los casos de probable invalidez o incapacidad permanente por hipoacusia y bronquitis química, continuarán realizándose como hasta la fecha.

d) Previo a la emisión del dictamen, el Instituto deberá conocer las funciones específicas y no sólo el profesiograma del trabajador en el puesto para el que fue contratado, información que deberá proporcionar Comisión Federal de Electricidad. Lo anterior para conocer si existe congruencia entre la relación causa – efecto, trabajo - daño y determinar los estados de invalidez según lo establece el artículo 128 de la Ley del Seguro Social.

La oportunidad en la emisión de los dictámenes de invalidez o incapacidad es fundamental, por lo que las partes aportarán todos los elementos y gestionarán los trámites correspondientes en el menor tiempo posible.



CONVENIOS TRIPARTITOS, BASES DE COORDINACIÓN CFE-IMSS-SUTERM

En esta nueva etapa de relación entre Comisión Federal de Electricidad y el Instituto Mexicano del Seguro Social se acuerdan los siguientes puntos:

- a) Revisar conjuntamente entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y Comisión Federal de Electricidad, aquellos casos de quejas de reintegro de gastos, cuyo proyecto de acuerdo para ser resuelto sea improcedente y que su monto sea superior a 5 salarios mínimos mensuales. En caso de diferencia de criterios, prevalecerá el Institucional.
- b) La Jefatura de Orientación y Quejas circulará a todas las Delegaciones, los criterios de procedencia o improcedencia en la investigación de las quejas que sean aplicables de manera uniforme en todo el sistema.
- c) Mensualmente y de acuerdo a las fechas que localmente fijen las Delegaciones, se revisarán conjuntamente con Comisión Federal de Electricidad los casos presentados como quejas y que no se hayan resuelto a ese día.

En cumplimiento de las presentes Bases se revisarán periódicamente en las reuniones Tripartitas Nacionales y las mismas podrán ser modificadas, de común acuerdo.



5.3.1 SUSPENSIÓN DE LA PENSIÓN DE INVALIDEZ, LA INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL

REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL IMSS

Artículo 13. El Instituto suspenderá la pensión de invalidez o de incapacidad permanente parcial o total, por las causas de índole médico siguientes:

I. Cuando el pensionado por invalidez o incapacidad permanente parcial o total se niegue a someterse a los exámenes previos o posteriores y a los tratamientos médicos prescritos o abandone éstos sin causa justificada, y

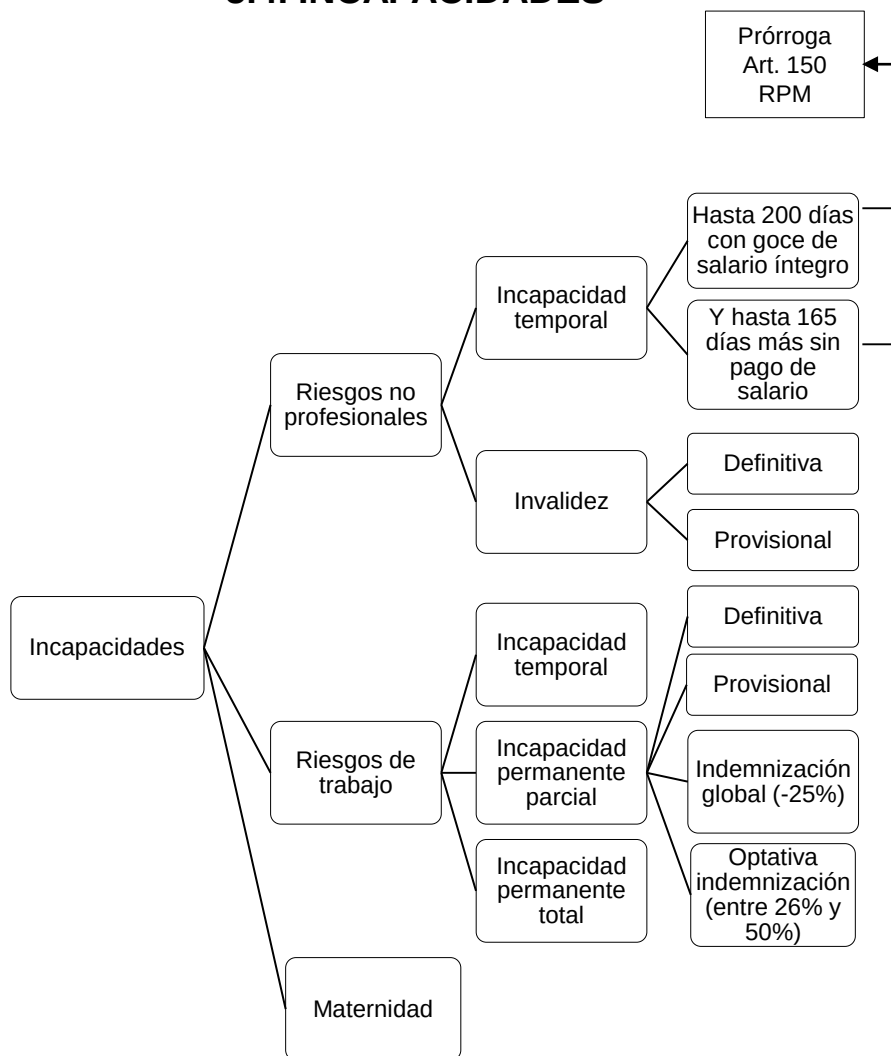
II. Cuando desaparezca el estado de invalidez o la incapacidad permanente parcial o total del asegurado o pensionado, que haya originado el pago de la pensión.

La suspensión subsistirá mientras el pensionado continúe en el supuesto señalado en la fracción I de este artículo.

Artículo 14. Los actos u omisiones del derechohabiente, que impliquen la comisión de un probable delito en perjuicio del Instituto o que causen daño a los intereses de éste, además de que deberán de ser denunciados ante la autoridad que corresponda, darán motivo, a juicio del Instituto, a la suspensión en el goce de las prestaciones en especie y en dinero.



5.4. INCAPACIDADES





5.4.1. LA INCAPACIDAD POR UN MISMO PADECIMIENTO Y LA PRÓRROGA

REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL IMSS

Artículo 150. Cuando la enfermedad general incapacite al asegurado para su actividad laboral habitual, se le amparará el tiempo que amerite con certificados de **incapacidad temporal para el trabajo desde uno a veintiocho días y hasta el límite de cincuenta y dos semanas, para el mismo padecimiento, registrándose invariablemente el diagnóstico inicial en los certificados de incapacidad subsecuentes.**

Se podrán expedir certificados de incapacidad temporal para el trabajo **hasta por veintiséis semanas posteriores a las cincuenta y dos antes señaladas, que serán considerados como prórroga,** previa revisión del paciente y del expediente clínico por parte del médico tratante y del jefe inmediato, o de quien en su ausencia funja como tal.



5.4.2. INTERRUPCIONES DE LA INCAPACIDAD POR OCHO SEMANAS ANTE UN MISMO CUADRO PATOLÓGICO

REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL IMSS

Artículo 58, párrafo cuarto. Si hay interrupciones de la incapacidad de ocho semanas o más, durante las cuales el trabajador haya vuelto a su trabajo, con autorización del médico tratante del Instituto, **la presentación del mismo cuadro patológico se considerará como una nueva enfermedad.** El Instituto estará facultado para constatar que el asegurado se incorporó a laborar en su ocupación habitual, en el periodo que interrumpió la incapacidad temporal para el trabajo, debiendo el patrón, en este caso, proporcionar al Instituto la información pertinente.

Artículo 150. Cuando la enfermedad general incapacite al asegurado para su actividad laboral habitual, se le amparará el tiempo que amerite con certificados de **incapacidad temporal para el trabajo desde uno a veintiocho días y hasta el límite de cincuenta y dos semanas, para el mismo padecimiento, registrándose invariablemente el diagnóstico inicial en los certificados de incapacidad subsecuentes.**

Se podrán expedir certificados de incapacidad temporal para el trabajo **hasta por veintiséis semanas posteriores a las cincuenta y dos antes señaladas, que serán considerados como prórroga,** previa revisión del paciente y del expediente clínico por parte del médico tratante y del jefe inmediato, o de quien en su ausencia funja como tal.





5.4.3. CAUSA PARA LA NO EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL IMSS

Artículo 149. Si el asegurado se niega a ser hospitalizado o abandona sin la autorización debida el tratamiento prescrito por el médico tratante o estomatólogo del Instituto, no se le expedirá certificado de incapacidad temporal para el trabajo por este periodo.

5.5. INCAPACIDAD POR RIESGO NO PROFESIONAL

CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO, CLÁUSULA 62, RIESGOS NO PROFESIONALES

I.- SALARIOS, PRESTACIONES Y ATENCIÓN

a) Otorgar al trabajador licencia para no trabajar, con pago de salario íntegro, hasta por 200 días y transcurrido este periodo, si el tratamiento médico lo amerita, se prorrogará la licencia hasta por 165 días más, sin pago de salario, que no reducirán la antigüedad del trabajador.

b) En caso de que el trabajador no pueda regresar a sus labores después de transcurrida la licencia sin pago de salario, se suspenderán sus relaciones de trabajo, reanudándose al recuperar las aptitudes requeridas para el desempeño de su puesto, excepto si le resultare un estado de invalidez que le impida desempeñarlo, en cuyo caso se aplicarán en su favor los derechos que establece este Contrato.



CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO, CLÁUSULA 62, RIESGOS NO PROFESIONALES, APARTADO II

a) Muerte.- Cuando los trabajadores fallezcan por cualquier causa, excepción hecha de riesgos de trabajo, la CFE entregará a los beneficiarios que enseguida se precisan, el importe de 30 días de salario por cada año de servicios prestados.

Son legítimos beneficiarios de los trabajadores fallecidos los que éstos hubieran designado con tal carácter en las cartas de designación que suscriban por cuadruplicado, con intervención de la representación sindical del nivel que corresponda al centro de trabajo en que presten servicios. Los ejemplares de las cartas se distribuirán así: un tanto para el trabajador interesado, otro para la CFE en el centro de trabajo correspondiente, otro para la representación sindical que hubiere intervenido y el otro para el Comité Ejecutivo Nacional del SUTERM. Cuando en las designaciones no se hubiera establecido porcentaje para el caso de varios beneficiarios, la compensación les será repartida en partes iguales.

En defecto de las cartas de designación, el pago se hará a las personas que la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje designe como dependientes económicos del fallecido.

Además de la compensación establecida en esta Cláusula, la CFE entregará de inmediato a los familiares del trabajador fallecido el importe de 100 días de salario de aquél, cantidad que no podrá ser menor de \$45,200.00



(CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS 00/100 M.N.) para gastos de sepelio; cualquiera de ambas cantidades no podrá disminuirse por cualquier concepto.

Si los gastos de sepelio se sufragan por personas distintas de los familiares del fallecido, la CFE les cubrirá, la mitad del importe de los 100 días de salario o, en su caso, de los \$45,200.00 (CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS 00/100 M.N.), y el resto se reservará para entregarlo a los beneficiarios designados por el trabajador o por la Junta, según corresponda.

b) Incapacidad para el Trabajo.- Al quedar separado el trabajador de sus labores por un dictamen médico provisional o definitivo, derivado de riesgo no profesional, la CFE entregará el importe de 100 días de salario, si su antigüedad es de 1 a 3 años; 30 días de salario por cada año de servicios, si su antigüedad es de más de 3 años y hasta 10 años, y 35 días de salario por cada año de servicios prestados, si su antigüedad es de más de 10 años.

Cuando el trabajador con incapacidad permanente proveniente de **riesgo no profesional**, esté imposibilitado para reanudar sus labores y tenga diez años o más de servicios, podrá optar entre la compensación establecida en este inciso o la jubilación, la que le será concedida en los términos de la Cláusula 69.- JUBILACIONES, siempre y cuando dicha incapacidad, certificada médicamente, no le permita desempeñar las labores inherentes a su puesto ni las de otro en el que pueda ser reubicado de acuerdo con su aptitud física y en el que le será respetado su salario.



No tendrá derecho a optar por la jubilación el trabajador con incapacidad permanente para el trabajo, cuando dicha incapacidad se hubiese originado por alcoholismo o drogadicción, casos en los cuales se dará por terminada la relación laboral, mediante el pago de la compensación que en esta Cláusula se refiere.

En todos los casos establecidos se cubrirá a los trabajadores o a sus beneficiarios designados, además de los conceptos señalados, el importe de 25 días de salario por cada año de servicios prestados, por concepto de prima legal de antigüedad.

5.6. INCAPACIDAD POR RIESGO DE TRABAJO

LEY FEDERAL DEL TRABAJO

Artículo 478.- Incapacidad temporal es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo.

Artículo 479.- Incapacidad permanente parcial es la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar.

Artículo 480.- Incapacidad permanente total es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.

Artículo 481.- La existencia de estados anteriores tales como idiosincrasias, taras, discrasias, intoxicaciones, o enfermedades crónicas, no es causa para disminuir el grado de la incapacidad, ni las prestaciones que correspondan al trabajador.

Artículo 482.- Las consecuencias posteriores de los riesgos de trabajo se tomarán en consideración para determinar el grado de la incapacidad.



Artículo 483.- Las indemnizaciones por riesgos de trabajo que produzcan incapacidades, se pagarán directamente al trabajador.

En los casos de incapacidad mental, comprobados ante la Junta, la indemnización se pagará a la persona o personas, de las señaladas en el artículo 501, a cuyo cuidado quede; en los casos de muerte del trabajador, se observará lo dispuesto en el artículo 115.

REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL IMSS

Artículo 22. Cuando un trabajador sufra un probable accidente de trabajo, inmediatamente **deberá acudir o ser trasladado a recibir atención en la unidad médica que le corresponda o, en caso urgente, a la unidad médica más cercana al sitio donde lo haya sufrido.** El médico tratante deberá señalar claramente en su nota médica que la lesión del asegurado ocurrió presuntamente en ejercicio o con motivo del trabajo y derivar al trabajador para su valoración y calificación al servicio de Salud en el Trabajo correspondiente.

Artículo 19. El Instituto, a través de los servicios de Salud en el Trabajo, proporcionará a los patrones, por conducto de los trabajadores o de sus familiares, la información correspondiente a la calificación de un accidente o enfermedad como profesional, sus recaídas y los dictámenes de incapacidad permanente parcial o total y de defunción por riesgos de trabajo, a efecto de que aquéllos



cuenten con los datos que les permitan determinar su siniestralidad y calcular la prima que deberán pagar en este ramo de aseguramiento.

CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO, CLÁUSULA 61, RIESGOS DE TRABAJO

a) Muerte.- Cuando el trabajador fallezca a causa de riesgo de trabajo, la CFE pagará a las personas físicas que legalmente tengan derecho, una indemnización equivalente al importe de 5000 días de salario que perciba el trabajador al ocurrirle el riesgo si la muerte es inmediata, o si es posterior, incrementado con los aumentos que correspondan al puesto que desempeñaba y además una compensación de 30 días de dicho salario, por cada año de servicios prestados. Son legítimos beneficiarios de esta indemnización los señalados en la carta de designación de beneficiarios que suscriban los trabajadores para tal efecto, en apego estricto a lo establecido en los Artículos 501 y 503 de la Ley Federal del Trabajo.

Adicionalmente, CFE entregará el importe de 115 días del mismo salario para gastos de sepelio, cantidad que no podrá ser menor de \$45,200.00 (CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS 00/100 M.N.), cantidades que no podrán disminuirse por ningún concepto.

Cuando un paciente sea enviado fuera de su lugar de adscripción y éste lamentablemente fallezca, será enviado a su lugar de origen y los gastos correspondientes correrán por cuenta de CFE.





b) Incapacidad Total Permanente.- Cuando resulte al trabajador por riesgo de trabajo, incapacidad total permanente, la CFE pagará una indemnización equivalente al importe de 1640 días de salario que percibía al ocurrirle el riesgo, incrementado con los aumentos que correspondan al puesto que desempeñaba desde la fecha del riesgo a la del pago de la indemnización, más una compensación de 30 días del mismo salario, por cada año de servicios prestados.

El trabajador con incapacidad total permanente podrá escoger entre la indemnización y la compensación establecida en este inciso o la jubilación con el 100% de su salario más las prestaciones adicionales que establece la Cláusula 69.- JUBILACIONES, en cuyo caso la jubilación sustituirá la indemnización y la compensación aludidas.

c) Incapacidad Parcial Permanente.- Cuando el riesgo de trabajo produzca incapacidad parcial permanente, el trabajador afectado recibirá de la CFE la indemnización calculada sobre la base de 1640 días de salario que percibía el trabajador al momento de sufrir el riesgo y los aumentos posteriores que correspondan al empleo que desempeñaba, hasta que se declare su incapacidad permanente y se determine la indemnización a que tenga derecho conforme a la tabla de valuación de la Ley, CFE efectuará el pago en forma expedita.

En caso de que el trabajador afectado no pueda continuar desempeñando las labores del puesto que ocupaba al ocurrirle el riesgo, la CFE lo reacomodará en un puesto





compatible con sus aptitudes, respetándole el salario correspondiente al puesto ocupado en la fecha del riesgo y sin descuento alguno de la indemnización que le corresponda.

Si el trabajador no acepta su reacomodo, tendrá derecho sin perjuicio de su indemnización a ser jubilado con el porcentaje que corresponda a su antigüedad, excepto si tiene menos de 10 años de servicios, caso en que además de la indemnización por el riesgo, recibirá el pago de 25 días de salario por cada año de servicios prestados.

En cualquier caso de incapacidad parcial permanente derivada de riesgo de trabajo, la CFE estará facultada para exigir del IMSS o practicar ella por sí o por terceros, todos los exámenes médicos y de laboratorio que se hagan necesarios, a fin de determinar con precisión si el trabajador afectado puede o no continuar desempeñando las labores correspondientes al puesto ocupado al ocurrir el riesgo, para lo cual también deberán efectuarse revisiones periódicas; en la inteligencia de que no transcurrirán más de 30 días entre la fecha de recepción en el área correspondiente de CFE, por conducto de la representación sindical, del dictamen originalmente emitido por el IMSS y el que lo confirme o modifique. Pasado dicho término sin que hubiere modificación sustentada por dictamen médico, se aplicará el emitido originalmente por el IMSS con las consecuencias que de este Contrato se deriven.

Si con motivo de su enfermedad, el trabajador afectado con una incapacidad parcial permanente no pudiese desempeñar las labores de su puesto, pero si las de algún



otro, la Comisión lo reacomodará en el que resulte compatible con sus aptitudes físicas, conforme a su capacidad residual certificada médicamente. En el supuesto de que el trabajador no acepte dicho reacomodo, se procederá a dar por terminada la relación de trabajo, caso en el que además de la indemnización por el riesgo, recibirá el pago de 25 días de salario por cada año de servicios prestados, si tiene menos de 10 años de antigüedad y de 35 días de salario por cada año de servicios prestados si su antigüedad es de 10 años o más.

En los casos de muerte o separación, se cubrirá a los trabajadores o a sus beneficiarios legales, además de los conceptos establecidos, el importe de 25 días de salario por cada año de servicios prestados, por concepto de prima legal de antigüedad.

5.6.1. PRESTACIONES IMSS DEL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO

El **asegurado** que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones:

EN ESPECIE	Tipo de prestación	LSS	Descripción
	Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica	Art. 56	Prestaciones con cargo al Seguro de Riesgos de Trabajo
	Servicio de hospitalización		
	Aparatos de prótesis y ortopedia		
	Rehabilitación		
	Servicios de carácter preventivo.	Art. 80 al 83	Regularización sobre prevención de Riesgos de Trabajo en los centros de trabajo. El Instituto establecerá programas para promover y apoyar la aplicación de acciones preventivas de riesgos de trabajo en las empresas de hasta cien trabajadores.

EN DINERO, CON CARGO AL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO, SE PAGARÁ AL ASEGURADO	Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo. Artículo 58, fracción I	El 100% del salario base de cotización en el momento de ocurrir el riesgo, en tanto no se declare que se encuentra capacitado para trabajar, o bien se declare la incapacidad permanente parcial o total, lo que deberá realizarse dentro del término de 52 semanas.
	Indemnización Global. Artículo 58, fracción III	El equivalente de cinco anualidades de la pensión que hubiese correspondido por incapacidad permanente parcial, cuando la valuación definitiva de ésta, sea hasta 25%; o por elección del asegurado, cuando exceda de 25% y no rebase 50%.
	Pensión por incapacidad permanente parcial. Artículos 58, fracción II, y 61	La cantidad que resulte de multiplicar 70% del salario base de cotización del asegurado en el momento de ocurrir el accidente de trabajo, por la valuación de la incapacidad conforme a la tabla contenida en la Ley Federal del Trabajo. Para enfermedad de trabajo se calcula considerando el promedio del salario de las últimas 52 semanas cotizadas, o las que tuviere si el lapso de cotización es menor. Tiene carácter de provisional durante un periodo de adaptación de dos años, en el cual el Instituto podrá ordenar o, por su parte, el asegurado solicitar la revisión de la incapacidad con el fin de modificar la cuantía de la pensión. Transcurrido el periodo de adaptación de una pensión provisional, o cuando derivado de la valoración médica inicial se establezca que el riesgo de trabajo dejará secuelas permanentes e irreversibles, se otorga una pensión definitiva.

EN DINERO, CON CARGO AL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO, SE PAGARÁ AL ASEGURADO	Pensión por incapacidad permanente total Artículos 58, fracción II y 61	El equivalente a 70% del salario base de cotización del asegurado en el momento de ocurrir el accidente de trabajo. En el caso de enfermedad de trabajo, el equivalente a 70% del promedio del salario de las últimas 52 semanas cotizadas, o las que tuviere si el lapso de cotización es menor. Tiene carácter de provisional durante un periodo de adaptación de dos años, durante el cual el IMSS podrá ordenar la revisión de la incapacidad, con el fin de modificar la cuantía de la pensión. Transcurrido el periodo de adaptación de una pensión provisional, o cuando derivado de la valoración médica inicial se establezca que el riesgo de trabajo dejará secuelas permanentes e irreversibles, se otorga una pensión definitiva.
	Asignaciones Familiares y Ayuda Asistencial. Artículo 59	La pensión de Incapacidad Permanente Total comprenderá las asignaciones familiares y la ayuda asistencial.

EN DINERO, CON CARGO AL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO, SE PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS	Pensión. Artículos 64, fracciones II, III, IV, V y VI; 65 y 66	En caso de fallecimiento del asegurado, se otorgará con base en aquella de incapacidad permanente total que le hubiese correspondido: a) Viudez; equivalente a 40%. Se otorga al cónyuge sobreviviente, a falta de éste a la concubina o concubinario. Artículos 64, fracción II, y 65. b) Orfandad; equivalente a 20%. Si la orfandad es por la muerte de ambos padres, será equivalente al 30%. Se otorga a los hijos hasta los 16 años sin limitación o condición alguna, a los hijos mayores de 16 y hasta los 25 años cuando se encuentren estudiando en planteles del sistema educativo nacional y, en su caso, a los hijos totalmente incapacitados debido a una enfermedad crónica o discapacidad por deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, que les impida mantenerse por su propio trabajo, hasta en tanto recuperen su capacidad para el trabajo. Artículo 64, fracciones III, IV y V. c) Ascendencia; equivalente a 20 por ciento. Es otorgada a cada uno de los padres dependientes económicamente del asegurado, a falta de cónyuge, concubina o concubinario e hijos con derecho. Artículo 66, PÁRRAFO TERCERO. Las mismas reglas aplican para los beneficiarios, al fallecimiento del pensionado por riesgo de trabajo.
	Ayudas para gastos de funeral. Artículo 64, fracción I	Pago en una sola exhibición de la cantidad equivalente a 60 días del salario mínimo general que rija en el Distrito Federal.

5.7. INCAPACIDAD POR MATERNIDAD

LEY DEL SEGURO SOCIAL

Artículo 101. La asegurada tendrá derecho durante el embarazo y el puerperio a un subsidio en dinero igual al ciento por ciento del último salario diario de cotización, el que recibirá durante cuarenta y dos días anteriores al parto y cuarenta y dos días posteriores al mismo.

En los casos en que la fecha fijada por los médicos del Instituto no concuerde exactamente con la del parto, deberán cubrirse a la asegurada los subsidios correspondientes por cuarenta y dos días posteriores al mismo, sin importar que el periodo anterior al parto se haya excedido. Los días en que se haya prolongado el periodo anterior al parto, se pagarán como continuación de incapacidades originadas por enfermedad. El subsidio se pagará por períodos vencidos que no excederán de una semana.

Artículo 102. Para que la asegurada tenga derecho al subsidio que se señala en el artículo anterior, se requiere:

- I. Que haya cubierto por lo menos treinta cotizaciones semanales en el periodo de doce meses anteriores a la fecha en que debiera comenzar el pago del subsidio;
- II. Que se haya certificado por el Instituto el embarazo y la fecha probable del parto, y
- III. Que no ejecute trabajo alguno mediante retribución durante los periodos anteriores y posteriores al parto. Si la asegurada estuviera percibiendo otro subsidio, se cancelará el que sea por menor cantidad.

Artículo 103. El goce por parte de la asegurada del subsidio establecido en el artículo 101, exime al patrón de la obligación del pago del salario íntegro a que se refiere la fracción V del artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo, hasta los límites establecidos por esta Ley.

Cuando la asegurada no cumpla con lo establecido en la fracción I del artículo anterior, quedará a cargo del patrón el pago del salario íntegro.

CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO, CLÁUSULA 62,
RIESGOS NO PROFESIONALES, APARTADO I INCISO
C) NÚMERO 8, MATERNIDAD

8. Servicio de ginecología y obstetricia.- Las trabajadoras disfrutarán de licencia con pago de salario íntegro por doce semanas, que se iniciará antes o después del parto, según convenga a la salud de la trabajadora y que podrá ampliarse anticipándose o prorrogándose por el tiempo necesario a juicio del ginecólogo u obstetra que le preste atención. Además, en el postparto se le proporcionará ayuda para lactancia hasta por seis meses, y una canastilla, cuyo contenido y calidad sean iguales a los que proporciona el IMSS.

La entrega de la canastilla se hará extensiva a las esposas de los trabajadores y de ninguna manera se cambiará por una prestación económica.



A partir del viernes 01 de Julio de 2016 en el IMSS entró en vigor un nuevo procedimiento, para que a las trabajadoras se les entregue el **“CERTIFICADO ÚNICO DE MATERNIDAD”** por 84 días, que ampara tanto el periodo prenatal como el postnatal.

<http://www.imss.gob.mx/preguntas-de-salud/preguntas-frecuentes-incapacidad-embarazo>

PREGUNTAS SOBRE EL CERTIFICADO ÚNICO DE MATERNIDAD

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS QUE DEBO CUMPLIR PARA OBTENER LA INCAPACIDAD?

- Estar inscrita como trabajadora ante el IMSS.
- Registrarte en la Unidad de Medicina Familiar (UMF).
- Tener asignado un consultorio para atención médica.
- Certificar tu embarazo y la fecha probable de parto.

¿A CUÁNTAS CITAS TENGO QUE ACUDIR?

Para un control prenatal adecuado, se recomienda que acudas al menos a 7 consultas con tu médico.

Si decides atenderte en el Instituto, acude con tu médico familiar en cuanto sospeches que te encuentras embarazada.





Si decides atenderte de manera particular, sólo tendrás que acudir en **una ocasión**, cualquier día de la semana 34 de gestación, para que se te expida tu certificado de incapacidad. Debes llevar:

- Documento con tu Número de Seguridad Social.
- Identificación oficial con fotografía.
- Ultrasonido realizado en las últimas 5 semanas.

TRANSFERENCIAS DE SEMANAS

De 1 hasta 4 semanas del periodo prenatal al postnatal.

Acude con tú médico familiar en la semana 34 de gestación.

Presenta la solicitud de transferencia de semanas, el formato lo puedes obtener en:

<http://www.imss.gob.mx/maternidad/incapacidad>

Si estás en condiciones, el médico del Instituto podrá autorizar el traspaso.

Tu patrón deberá dar su consentimiento.

5.8. DERECHOS CONTRACTUALES POR RIESGO NO PROFESIONAL

MUERTE		INVALIDEZ TOTAL	INVALIDEZ PARCIAL
		50% O MÁS	1% al 49%
RIESGO NO PROFESIONAL		<i>Puede ser provisional o definitiva</i>	<i>Puede ser provisional o definitiva</i>
	COMPENSACIÓN 30 DÍAS DE SALARIO POR CADA AÑO DE SERVICIO	<u>SEGÚN ANTIGÜEDAD</u> A DE 1 A 3 AÑOS =100 DÍAS DE SALARIO	REUBICACIÓN O RESTRICCIÓN DE ACTIVIDADES, DE SER NECESARIO
	GASTOS FUNERARIOS 100 DÍAS DE SALARIO, QUE NO PUEDEN SER INFERIOR A \$45,200.00	B DE 3 A 10 AÑOS = 30 DÍAS DE SALARIO POR CADA AÑO DE SERVICIO	A RESPECTAR SALARIO PERSONAL
	ATENCIÓN MÉDICA A FAMILIARES EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS, HASTA POR UN AÑO CONTADO DESDE LA FECHA DEL FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR.	C MÁS DE 10 AÑOS = 35 DÍAS DE SALARIO POR CADA AÑO DE SERVICIO, O JUBILACIÓN CONFORME A LA TABLA DE PORCENTAJES	
		EN TODOS LOS CASOS, 25 DÍAS DE SALARIO POR CADA AÑO DE SERVICIO, POR CONCEPTO DE PRIMA LEGAL DE ANTIGÜEDAD	

5.9. DERECHOS CONTRACTUALES POR **RIESGO PROFESIONAL**

MUERTE		INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL		INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL	
		100% DE INCAPACIDAD		1% AL 99% DE INCAPACIDAD	
RIESGO PROFESIONAL	A	INDEMNIZACIÓN 5000 DÍAS DE SALARIO	INDEMNIZACIÓN 1640 DÍAS DE SALARIO	TRABAJADOR ACEPTA SEGUIR LABORANDO (PUEDE SER NECESARIA REUBICACIÓN)	A
	A	COMPENSACIÓN 30 DÍAS DE SALARIO POR CADA AÑO DE SERVICIO	COMPENSACIÓN 30 DÍAS DE SALARIO POR CADA AÑO DE SERVICIO, O		A
	A	GASTOS FUNERARIOS 115 DÍAS DE SALARIO, QUE NO PUEDEN SER INFERIOR A \$45,200.00	JUBILACIÓN QUE SUSTITUYE LA INDEMNIZACIÓN Y COMPENSACIÓN (EN ESTE CASO LA ANTIGÜEDAD NO ES UN REQUISITO)	INDEMNIZACIÓN 1640 DÍAS DE SALARIO, REUBICACIÓN SI ES NECESARIA	I)
	A	ATENCIÓN MÉDICA A FAMILIARES EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS, HASTA POR UN AÑO CONTADO DESDE LA FECHA DEL FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR.		TRABAJADOR NO ACEPTA SEGUIR LABORANDO	B
				INDEMNIZACIÓN SI TIENE MENOS DE 10 AÑOS, 1640 DÍAS DE SALARIO; Y POR CADA AÑO DE SERVICIO, 25 DÍAS DE SALARIO	I)
				INDEMNIZACIÓN SI TIENE 10 AÑOS O MÁS DE SERVICIO: 1640 DÍAS DE SALARIO Y JUBILACIÓN CONFORME A LA TABLA DE PORCENTAJES	II)





RIESGO PROFESIONAL (CONTINUACIÓN)

Para el caso de enfermedad profesional procede la indemnización de 1640 días, más 25 días de salario por cada año de servicio si son menos de 10 años de antigüedad. En el caso de tener más de 10 años de servicio serán 35 días en lugar de 25. **Sin derecho a jubilación.**

En los casos de muerte o separación, se cubrirá a los trabajadores o sus beneficiarios legales, además de los conceptos establecidos, el importe de **25 días de salario** por cada año de servicios prestados, **por concepto de prima legal de antigüedad.**





6. PENSIONES DEL SEGURO SOCIAL





6. Pensiones del Seguro Social

6.1. ¿Qué es la pensión?

6.2. Tipos de regímenes en que los asegurados pueden pensionarse

6.3. Tres grupos de pensiones

6.4. Pensión por invalidez

6.5. Pensión por incapacidad permanente

6.6. Pensión de viudez de un asegurado o pensionado

6.7. Pensión de orfandad

6.8. Pensión de ascendientes

6.9. Retiro anticipado

6.10. Pensión de cesantía en edad avanzada

6.11. Pensión de vejez

6.12. Diferencia entre pensión de cesantía en edad avanzada y pensión de vejez

6.13. Beneficiarios para incrementar la pensión de cesantía en edad avanzada o vejez

6.14. Pensión modalidad renta vitalicia (pago por aseguradora)

6.15. ¿Qué es una aseguradora?

6.16. ¿Con qué aseguradoras puedo contratar una renta vitalicia?

6.17. ¿Qué premio otorgan cuando eligen una aseguradora?

6.18. ¿Qué es el seguro de sobrevivencia?

6.19. ¿Qué es la Pensión Mínima Garantizada?

6.20. DER (Documento de Elección de Régimen)



- [6.21. DO \(Documento de Oferta\)](#)
- [6.22. Documento de Resolución de Pensión](#)
- [6.23. ¿Cómo se calculan las semanas cotizadas?](#)
- [6.24. ¿Cómo se calcula el salario promedio mensual?](#)
- [6.25. Portabilidad de cotizaciones ante IMSS e ISSSTE](#)
- [6.26. Información del IMSS sobre pensiones](#)
- [6.27. Ejemplo de cálculo de la pensión de cesantía en edad avanzada, Ley73 IMSS](#)
- [6.28 Ejemplo de cálculo de la pensión de invalidez IMSS y CFE](#)
- [6.29 Ejemplo de cálculo de la pensión de invalidez IMSS y CFE por Ley 97](#)
- [6.30 Ejemplo de cálculo de la jubilación de CFE por 10 años de servicio](#)
- [6.31 Cálculo de la pensión por riesgo no profesional por parte de CFE, suponiendo que eligió la jubilación y no puede reincorporarse a laborar](#)
- [6.32 Cálculo de la indemnización por parte de CFE por riesgo no profesional, suponiendo que no eligió la jubilación de la empresa](#)
- [6.33 Ejemplo de cálculo para las indemnizaciones por fallecimiento **\(riesgo no profesional\)** de un trabajador **activo**](#)
- [6.34 Ejemplo de cálculo para las indemnizaciones por fallecimiento **\(riesgo no profesional\)** de un trabajador **jubilado**](#)
- [6.35 Ejemplo de cálculo para las indemnizaciones por fallecimiento **por riesgo profesional** de un trabajador](#)
- [6.36 Cálculo para la indemnización por IPP, asumiendo que el trabajador aceptara su reacomodo](#)





[6.37 Cálculo para la indemnización por IPP, asumiendo que el trabajador no aceptara su reacomodo](#)

[6.38 Cálculo para la indemnización por IPT, suponiendo que el trabajador no aceptara jubilación](#)

[6.39 Cálculo para la indemnización por IPT, suponiendo que el trabajador aceptara jubilación](#)





6.1. ¿QUÉ ES LA PENSIÓN?

Es una prestación económica destinada a proteger al trabajador al ocurrirle un accidente de trabajo, al padecer una enfermedad o accidente no laborales que lo imposibilite de manera parcial o total para seguir desempeñando sus labores, o al cumplir al menos 60 años de edad.

De igual manera, en caso de fallecimiento del trabajador o pensionado, protege a sus beneficiarios. En ambos casos, previo cumplimiento de los requisitos indicados en la Ley del Seguro Social.

El otorgamiento de la pensión se realiza mediante la entrega de una resolución, respaldando el derecho al pago de un importe mensual y al servicio médico que brinda el IMSS.

6.2. TIPOS DE RÉGIMENES EN QUE LOS ASEGURADOS PUEDEN PENSIONARSE

La Ley del Seguro Social prevé dos tipos de regímenes por los que los asegurados pueden pensionarse; cada uno determina las condiciones que se deben cumplir para el otorgamiento de una pensión.

Actualmente existen dos regímenes para pensionarse y se determinan de acuerdo a la fecha en que comenzaron las cotizaciones ante el IMSS:





Régimen de 1973: Si comenzaron a cotizar antes del 1° de julio de 1997.

Régimen de 1997: Si comenzaron a cotizar a partir del 1° de julio de 1997.

6.3. TRES GRUPOS DE PENSIONES

Las pensiones se dividen en 3 grupos:

1. Las pensiones para el asegurado relacionadas con la edad; comprenden cesantía en edad avanzada, vejez y retiro anticipado.
2. Las pensiones para el trabajador al ocurrirle un accidente de trabajo o padecer una enfermedad; comprenden Incapacidad Permanente Parcial o Total e Invalidez.
3. Las pensiones para los beneficiarios de un trabajador o pensionado, al momento de su muerte; comprenden viudez, orfandad y ascendientes.

6.4. PENSIÓN POR INVALIDEZ

El asegurado que se halle imposibilitado para procurarse mediante un trabajo remunerado, un salario superior al 50% del recibido por el último año de trabajo, siempre que la imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no laboral.



El derecho al goce de la pensión de invalidez se da al cumplir los siguientes requisitos:

- **Al amparo del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973:**
 - Haber cotizado antes del 1 de julio de 1997.
 - Tener registradas ante el IMSS, como mínimo, 150 semanas de cotización.
 - Encontrarse dentro del período de conservación de derechos, que será igual a la cuarta parte del tiempo cubierto por sus cotizaciones semanales, contando a partir de la fecha de su baja.
- **Al amparo del Régimen de la Ley del Seguro Social 1997:**
 - Si sólo cotizó después del 1 de julio de 1997, tener registradas ante el IMSS, como mínimo, 250 semanas de cotización, o bien, si el dictamen médico determina una valuación de 75% o más, sólo se requerirá que tenga acreditadas 150 semanas de cotización.
 - Si cotizó también antes del 1 de julio de 1997, tener registradas ante el IMSS, como mínimo, 150 semanas de cotización.
 - Encontrarse dentro del período de conservación de derechos, que será igual a la cuarta parte del tiempo cubierto por sus cotizaciones semanales, contando a partir de la fecha de su baja.



6.5. PENSIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE

El asegurado que sufre un accidente o enfermedad en ejercicio o con motivo de su trabajo, que implique la disminución de sus facultades o aptitudes para trabajar (incapacidad parcial), o la pérdida de sus facultades o aptitudes que lo imposibilite para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida (incapacidad total).

El derecho al goce de la pensión de Incapacidad Permanente Parcial o Total se da al cumplir los siguientes requisitos:

Estar vigente en sus derechos.

Que la incapacidad para el trabajo sea dictaminada por los servicios médicos institucionales, a través del formato "Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo ST-3".

La pensión puede ser provisional por un período hasta de 2 años, o definitiva, según lo indique el dictamen médico.

6.6. PENSIÓN DE VIUDEZ DE UN ASEGURADO O PENSIONADO

La esposa(o) o concubina(rio) del (de la) asegurado(a) o pensionado(a) fallecido. Sólo a falta de esposa(o), podrá solicitar la pensión la mujer u hombre con quien el asegurado(a) o pensionado(a) vivió durante los cinco años que precedieron inmediatamente a su muerte, o con la (el)



que tuvo hijos, siempre que ambos hubieran permanecido libres de matrimonio durante el concubinato.

El derecho al goce de la pensión de viudez se da al cumplir los siguientes requisitos:

El (la) asegurado(a) fallecido(a) debería tener 150 semanas de cotización al momento de su muerte, excepto si el fallecimiento ocurrió a causa de un riesgo de trabajo.

El (La) asegurado(a) debe estar vigente en sus derechos.

La (El) esposa(o) debe acreditar el vínculo matrimonial, o la (el) concubina(rio), la relación de concubinato.

Si el fallecimiento del asegurado es derivado de un riesgo de trabajo, se requiere la dictaminación de los servicios médicos institucionales, a través del formato "Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo ST-3".

El esposo o concubinario debe acreditar la dependencia económica con la asegurada o pensionada fallecida.

Si el esposo o concubinario desea su pensión **al amparo del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973:**



Debe acreditar su total incapacidad, misma que será dictaminada por los servicios médicos institucionales, a través del "Dictamen de Beneficiario Incapacitado ST-6".

Los beneficiarios de pensionados recibirán la prestación bajo el mismo régimen de la Ley del Seguro Social del pensionado fallecido.

6.7. PENSIÓN DE ORFANDAD

La pensión de orfandad se otorga a los hijos de asegurados o pensionados fallecidos, que comprueban el vínculo hasta los 15 años de edad. Los hijos a partir de los 16 años y hasta los 25 años deberán comprobar estudios, exceptuando los casos de hijos con una Invalidez otorgada por el IMSS.

La pensión de orfandad se otorga con las siguientes **modalidades**:

- Hasta los 16 años de edad.
- Mayores de 16 años y hasta 25 años, si se encuentran estudiando en planteles del Sistema Educativo Nacional, siempre que no sean sujetos del Régimen Obligatorio del Seguro Social.
- Mayores de 16 años, que no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a alguna enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padece.



Se deben cumplir los siguientes **requisitos**:

Acreditar el vínculo filial con el asegurado o pensionado fallecido.

Acreditar la edad del hijo.

Que el asegurado hubiese tenido al momento de su fallecimiento, 150 semanas de cotización y se encontrara vigente o en conservación de derechos (seguros de Invalidez, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez).

Tratándose del fallecimiento del asegurado, derivado de un riesgo de trabajo, se requiere el Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgos de Trabajo ST-3, expedido por los Servicios Médicos Institucionales, mismo que será proporcionado por éstos.

Tratándose de hijos que presentan una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, se requiere el Dictamen de Beneficiario Incapacitado ST-6, expedido por los Servicios Médicos Institucionales.

6.8 PENSIÓN DE ASCENDIENTES

El padre y la madre del asegurado o pensionado fallecido, siempre que éste(a) no tuviere cónyuge, hijos o concubina o concubinario con derecho a la pensión.





El derecho al goce de la pensión de ascendientes se da al cumplir los siguientes requisitos:

Acreditar el vínculo filial con el asegurado o pensionado fallecido.

Acreditar la dependencia económica con el asegurado o pensionado fallecido.

Que no exista cónyuge, hijos o concubina (rio) con derecho a la pensión.

Que el asegurado hubiese tenido al momento de su fallecimiento, 150 semanas de cotización y se encontrara vigente o en conservación de derechos (seguros de Invalidez, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada o Vejez).

Tratándose del fallecimiento del asegurado, derivado de un riesgo de trabajo, se requiere el "Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgos de Trabajo ST-3", expedido por los Servicios Médicos Institucionales, mismo que será proporcionado por éstos.

6.9. RETIRO ANTICIPADO

El Asegurado tiene la opción de pensionarse antes de cumplir los 60 años, siempre y cuando cuente con los recursos suficientes en su cuenta individual para contratar una renta vitalicia con una aseguradora y que el monto de





la pensión calculada sea mayor en un 30% a la que el gobierno garantiza (Pensión Mínima Garantizada) y en caso de contar con beneficiarios, cubra el seguro de sobrevivencia de los mismos.

El derecho al goce de la pensión de Retiro Anticipado se da al cumplir los siguientes requisitos:

Haber causado baja en el Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social

Tener registradas ante el IMSS, como mínimo, 1,250 semanas de cotización.

6.10. PENSIÓN DE CESANTÍA EN EDAD AVANZADA

El asegurado que ha cumplido 60 años de edad y se encuentra en baja del Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social.

El derecho al goce de la pensión de cesantía en edad avanzada se da al cumplir los siguientes requisitos:

Al amparo del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973:

- Haber cotizado antes del 1 de julio de 1997.
- Debe tener al menos 60 años al momento de presentar su solicitud de pensión.
- Haber causado baja en el Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social.





- Tener registradas ante el IMSS, como mínimo, 500 semanas de cotización.
- Encontrarse dentro del período de conservación de derechos, que será igual a la cuarta parte del tiempo cubierto por sus cotizaciones semanales, contando a partir de la fecha de su baja.

Al amparo del Régimen de la Ley del Seguro Social 1997:

- Debe tener al menos 60 años al momento de presentar su solicitud de pensión.
- Haber causado baja en el Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social.
- Tener registradas ante el IMSS, como mínimo, 1,250 semanas de cotización.

6.11. PENSIÓN DE VEJEZ

El asegurado que ha cumplido 65 años de edad y se encuentra en baja del Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social.

El derecho al goce de la pensión de vejez se da al cumplir los siguientes requisitos:

Al amparo del Régimen de la Ley del Seguro Social 1973:

- Debe tener 65 años al momento de presentar su solicitud de pensión.





- Haber causado baja en el Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social.
- Tener registradas ante el IMSS, como mínimo, 500 semanas de cotización.
- Haber cotizado antes del 1 de julio de 1997.
- Encontrarse dentro del período de conservación de derechos, que será igual a la cuarta parte del tiempo cubierto por sus cotizaciones semanales, contando a partir de la fecha de su baja.

Al amparo del Régimen de la Ley del Seguro Social 1997:

- Debe tener 65 años al momento de presentar su solicitud de pensión.
- Haber causado baja en el Régimen Obligatorio de la Ley del Seguro Social.
- Tener registradas ante el IMSS, como mínimo, 1,250 semanas de cotización.

6.12. DIFERENCIA ENTRE PENSIÓN DE CESANTÍA EN EDAD AVANZADA Y PENSIÓN DE VEJEZ

La principal diferencia entre pensión por Cesantía en Edad Avanzada y pensión por Vejez radica en la edad en que se cumplen los requisitos que establece la Ley del Seguro Social, y se ve reflejado en el importe de pensión que percibirá.

Si la persona es mayor de 60 años y menor de 65 años y se encuentra dado de baja del régimen obligatorio debe solicitar una pensión de Cesantía en Edad Avanzada.





Si la persona tiene 65 años de edad o más y se dio de baja del régimen obligatorio después de cumplir 65 años debe solicitar una pensión de Vejez.

El porcentaje utilizado para calcular el importe de pensión de Cesantía en Edad Avanzada, se asigna dependiendo de la edad de la persona al momento de pensionarse.

Edad	Porcentaje de una Pensión de Vejez
60 años	75%
61 años	80%
62 años	85%
63 años	90%
64 años	95%
64 años, 6 meses más 1 día	100%

6.13. BENEFICIARIOS PARA INCREMENTAR LA PENSIÓN DE CESANTÍA EN EDAD AVANZADA O VEJEZ

Si el pensionado no tuviera ni esposa o concubina, ni hijos, ni ascendientes que dependan económicamente de él, se le concederá una ayuda asistencial del 15%. Las asignaciones familiares cesarán con el fallecimiento del familiar que la originó.





Estas asignaciones familiares serán finalizadas en caso de la muerte de alguno de ellos, o en el caso de los hijos(as) cuando cumplan los dieciséis años, o veinticinco años, con excepción de los que se encuentren estudiando y se presente el documento probatorio correspondiente.

El porcentaje de asignación familiar para un beneficiario puede ser menor al indicado anteriormente, debido a la aplicación de un ajuste si se presenta alguna condición descrita en el artículo 169 de la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997.

6.14. PENSIÓN MODALIDAD RENTA VITALICIA (PAGO POR ASEGURADORA)

Es la modalidad de pensión donde un afiliado, a través del IMSS elige a una compañía de seguros, transfiriendo a ésta el saldo acumulado en la cuenta individual administrada por su AFORE para el pago de pensión.

6.15. ¿QUÉ ES UNA ASEGURADORA?

Es una empresa especializada y autorizada que se dedica a administrar el dinero de los asegurados, una vez que contratan una pensión (Renta Vitalicia) a través del IMSS.



6.16. ¿CON QUÉ ASEGURADORAS PUEDO CONTRATAR UNA RENTA VITALICIA?

Las Aseguradoras reguladas y supervisadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) y que tienen convenio con el IMSS son:

1. Profuturo GNP Pensiones
2. Pensiones BANORTE
3. Pensiones BBVA BANCOMER
4. Pensiones SURA
5. Pensiones INBURSA
6. Principal Pensiones
7. Pensiones Banamex

6.17. ¿QUÉ PREMIO OTORGAN CUANDO ELIGEN UNA ASEGURADORA?

El premio es una cantidad de dinero de hasta 9 mil pesos, que se otorga a los pensionados bajo el régimen del Seguro Social de 1997 que elijan la mejor opción de aseguradora, el cual se paga en una sola exhibición junto con su primer pago de pensión.

6.18. ¿QUÉ ES EL SEGURO DE SOBREVIVENCIA?

Aquel que se contrata por los pensionados por riesgos de trabajo, por invalidez, por cesantía en edad avanzada o por vejez, con cargo a los recursos de la suma asegurada, adicionada a los recursos de la cuenta individual, a favor de



sus beneficiarios, para otorgarles la pensión, ayudas asistenciales y demás prestaciones en dinero previstas en los respectivos seguros, mediante la renta que se les asignará después del fallecimiento del pensionado, hasta la extinción legal de las pensiones.

6.19. ¿QUÉ ES LA PENSIÓN MÍNIMA GARANTIZADA?

Es aquélla que el gobierno federal asegura a los pensionados al amparo de la Ley del Seguro Social y su monto mensual será determinado por el IMSS, con base en el valor de la Unidad de Medida y Actualización. Asimismo, dicho monto será actualizado anualmente en el mes de febrero conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

6.20. DER (DOCUMENTO DE ELECCIÓN DE RÉGIMEN)

Si cotizaron para ambos regímenes, durante el proceso del retiro, se emitirá un documento en el que se mostrarán dos opciones. En éste deberán elegir la opción que más les convenga y entregarán el documento firmado.

La elección de régimen es definitiva, por lo tanto una vez elegido ya no será posible cambiarlo.

Las dos opciones a elegir son:

- Régimen de 1973 (antes del 1° de julio de 1997).
- Régimen de 1997 (a partir del 1° de julio de 1997).





6.21. DO (DOCUMENTO DE OFERTA)

Si eligen pensionarse bajo el amparo de la Ley del Seguro Social de 1997, durante el proceso del retiro, se emitirá un documento en el que deberán elegir la Aseguradora que pagará la Renta Vitalicia.

6.22. DOCUMENTO DE RESOLUCIÓN DE PENSIÓN

Documento en el que se confirma la opción elegida por el pensionado, al amparo de cualquiera de los dos regímenes, el cual deberán firmar de conformidad o, en su caso, impugnar en un plazo de 15 días hábiles. Contiene los importes globales y mensuales a liquidar al (a los) beneficiario (s) de la pensión.

6.23. ¿CÓMO SE CALCULAN LAS SEMANAS COTIZADAS?

Las semanas reconocidas para el otorgamiento de las prestaciones se obtienen dividiendo entre siete los días de cotización acumulados, hecha esta división, si existiera un sobrante de días mayor a tres, éste se considerará como otra semana completa, no tomándose en cuenta el exceso si el número de días fuera de tres o menor.





6.24. ¿CÓMO SE CALCULA EL SALARIO PROMEDIO MENSUAL?

Corresponde al salario base de cotización con el cual un patrón registra al trabajador en el Seguro Social y puede ser diferente al salario real.

Se obtiene multiplicando el salario diario base de cotización del año referido, por 365 días y dividido entre 12 meses.

6.25. PORTABILIDAD DE COTIZACIONES ANTE IMSS E ISSSTE

El 17 de febrero de 2009 se firmó el Convenio de Portabilidad entre el IMSS y el ISSSTE. La esencia del Convenio es que el derecho a una prestación económica está asociado a la persona y no al tipo de patrón que lo emplea.

El trabajador que desee pensionarse por retiro, cesantía en edad avanzada o vejez, bajo la modalidad de portabilidad de derechos, deberá tramitar y obtener, previo a su solicitud de trámite de pensión, la constancia de periodos reconocidos en los servicios de afiliación de ambos Institutos.

La solicitud de pensión deberá presentarse ante la Institución donde se haya registrado la fecha de baja más reciente; invariablemente, el trabajador deberá estar dado de baja en ambos (ante el IMSS e ISSSTE).



6.26. INFORMACIÓN DEL IMSS SOBRE PENSIONES

¿Estás interesado en saber cuánto cobrarás por tu pensión?

Calcula un estimado



1 2 3

<http://www.imss.gob.mx/pensiones>

Preguntas Frecuentes

¿Qué es una Pensión?
Es una prestación económica destinada a proteger al trabajador ...

Leer más...
► Diqetas: accidente, enfermedad, prestación

¿Cuales son los regimenes para pensionarme?
La Ley del Seguro Social prevé dos tipos de regimenes por lo que los asegurados pueden pensionarse ...

Leer más...
► Diqetas: Ley, pension, regimenes, 1973, 1997

¿Quién puede recibir una pensión?
Las pensiones se dividen en 3 grupos, identifica si perteneces a alguno ...

Leer más...
► Diqetas: accidente, pension, enfermedad, beneficiarios

Esto te interesa


Simulador de Pensiones


Compara tus datos entre IMSS y AFORE


Consulta tus Beneficiarios


Glosario

Multimedia



Ahora puedes comparar tus datos con la Afore...

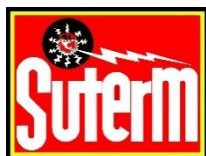
1 2 3



6.27 EJEMPLO DE CALCULO DE LA PENSION DE CESANTÍA EN EDAD AVANZADA LEY 73 IMSS

NOMBRE:								
NSS:								
FECHA DE NACIMIENTO:		07/01/1954						
EDAD:		64.52						
SEMANAS COTIZADAS:		900	AÑOS COTIZADOS:	17.26	PREVIO:	900.00	900.00	
ART. 182	225	SÍ ()		NO (X)				
COMPOSICIÓN FAMILIAR ACTUAL								
ESPOSA (O)	NO	HIJOS < 25 AÑOS :	0	PADRES:	0	AYUDA ASISTENCIAL (1):		0.15
						AYUDA ASISTENCIAL (2):		0

SALARIOS DE COTIZACIÓN				
DESDE	HASTA	IMPORTE (\$)		
2003	2004	963.53		
2004	2005	963.53		
2005	2006	963.53		
2006	2007	963.53		
2007	2008	963.53		
2008	2009	963.53		
2009	2010	963.53	50,241.21	
2010	2011	963.53	50,241.21	
2011	2012	963.53	50,241.21	
2012	2013	963.53	50,241.21	
2013	2014	963.53	50,241.21	
Promedio 5		963.53	963.53	
Promedio < 5		963.53	963.53	
FECHA DE PENSIÓN:		30/06/2018		
SMDDF (FECHA DE HOY):		80.60		
TOPE MÁXIMO (SDP)		2,015.00		

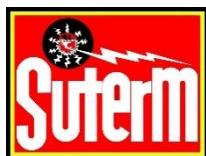


CÁLCULO DE LA PENSIÓN CESANTÍA (LEY 73)

Supuesto: Causar Baja Voluntaria en CFE y solicitar pensión de Cesantía al IMSS.

> Salario Promedio de Cotización:	963.53	
> SPC VS. SMDDF		
(veces):	11.95	
> Cuantía básica		
Tabla:	13.00%	
> Factor de Incrementos Anuales:	2.450%	
> Número de incrementos anuales:		
Semanas		
Reconocidas:	900	
Exceso respecto a		
500:	400	
Número inicial:	7.692307692	
	7	
	36	
	1	
exceso:	2.450%	
Número Total de IA:	8	
> Porcentaje de Pensión por IA:	19.600%	19.600%
> CUANTÍA BÁSICA MENSUAL DE PENSIÓN:		3,809.96
> INCREMENTO POR SEMANAS COTIZADAS:		5,744.24
SUBTOTAL MENSUAL:		9,554.20
> INCREMENTO DEL 11% (ART. 14º TRANSITORIO		
LSS 97, REFORMADO DOF 20-12-2001 Y DOF DEL		
05-01-2004)		1,050.96
> BASE TOTAL PARA PENSIÓN DE VEJEZ		10,605.17
EDAD	%	
60	75%	
61	80%	
62	85%	
63	90%	
64	95%	
65	100%	





> PENSIÓN INICIAL DE CESANTÍA:	10,074.91	
> ASIGNACIONES FAMILIARES:	1,511.24	
PENSIÓN TOTAL POR CESANTÍA (LEY 73)	11,586.14	
PENSIÓN EXENTA:	36,773.75	
PENSIÓN GRAVABLE:	0.00	
ISR (aprox):	0.00	
PENSIÓN MENSUAL NETA (Aprox.):	11,586.14	
A) COMPENSACIÓN CFE (30 días por año de servicio):	573,261.41	
B) PRIMA LEGAL DE ANTIGÜEDAD (20 días por año):	382,174.27	
TOTAL INDEMNIZACIÓN CFE:	955,435.68	
<i>(Fundamento: Cláusula 46, fracciones II y V, del Contrato Colectivo de Trabajo)</i>		
<u>NOTA: INDEMNIZACIÓN DE CFE ESTÁ SUJETA A ISR</u>		



6.28 EJEMPLO DE CALCULO DE LA PENSION DE INVALIDEZ IMSS Y CFE

NOMBRE:									
NSS:									
FECHA DE NACIMIENTO		01/09/1946							
EDAD:		71.64							
SEMANAS COTIZADAS:		636	AÑOS COTIZADOS		12.20	PREVIO	636.00	636.00	0.00
ART. 182	159	SÍ	()	NO	(X)				
COMPOSICIÓN FAMILIAR ACTUAL									
ESPOSA	SÍ	HIJOS < 25 AÑOS	0	PADRES	0	AYUDA ASISTENCIAL (1):		0	
							AYUDA ASISTENCIAL (2):	0	



SALARIOS DE COTIZACIÓN				
DESDE	HASTA	IMPORTE (\$)		
2007	2008	1,801.14		
2008	2009	1,801.14		
2009	2010	1,801.14		
2010	2011	1,801.14		
2011	2012	1,801.14		
2012	2013	1,801.14	93,916.59	
2013	2014	1,801.14	93,916.59	
2014	2015	1,801.14	93,916.59	
2015	2016	1,801.14	93,916.59	
2016	2017	1,801.14	93,916.59	
2017	03/04/2018	1,801.14	93,916.59	
	Promedio 5	1,801.14	1,801.14	
	Promedio < 5	1,801.14	1,801.14	
FECHA DE PENSIÓN:		03/04/2018		
UMAD (FECHA DE HOY):		80.60		
TOPE MÁXIMO (SDP)		2,015.00		



CÁLCULO DE LA PENSIÓN LEY 73

> Salario Promedio de Cotización: **1,801.14**

> SPC VS. UMAD (veces): 22.35

> Cuantía básica Tabla: **13.00%**

> Factor de Incrementos Anuales: 2.450%

> Número de incrementos anuales:

Semanas Reconocidas: 636

Exceso respecto a 500: 136

Número inicial: 2.615384615

2

32

1

exceso: 2.450%

Número Total de IA: 3.00

> Porcentaje de Pensión por IA: **7.350%**

7.350%

> **CUANTÍA BÁSICA MENSUAL DE PENSIÓN:**

7,122.01

> **INCREMENTO POR SEMANAS COTIZADAS:**

4,026.67

SUBTOTAL MENSUAL:

11,148.68

> **INCREMENTO DEL 11% (ART. 14º TRANSITORIO
LSS 97, REFORMADO DOF 20-12-2001 Y DOF DEL
05-01-2004)**

1,226.35

> **BASE TOTAL PARA PENSIÓN DE INVALIDEZ**

12,375.04

> **PENSIÓN INICIAL DE INVALIDEZ:** 12,375.04

> **ASIGNACIONES FAMILIARES:** 1,856.26

PENSIÓN TOTAL POR INVALIDEZ:	14,231.29
PENSIÓN EXENTA:	36,773.75
PENSIÓN GRAVABLE:	0.00
ISR:	0.00
PENSIÓN MENSUAL NETA (IMSS):	14,231.29



SALARIOS DE COTIZACIÓN

DESDE	HASTA	IMPORTE (\$)	ACTUALIZACIÓN INPC
2005	2006	0.00	0.00
2006	2007	0.00	0.00
2007	2008	0.00	0.00
2008	2009	1,314.75	1,986.26
2009	2010	1,370.00	1,942.89
2010	2011	1,486.58	2,035.48
2011	2012	1,558.25	2,043.66
2012	2013	1,619.00	2,045.21
2013	2014	1,682.25	2,051.86
2014	2015	1,752.50	2,055.93
2015	2016	1,826.00	2,058.13
2016	2017	1,856.63	2,048.99
2017	2018	2,015.00	2,151.48
Promedio 10		1,648.10	2,041.99

> SPC VS. UMAD (veces):

25.33

> Salario Promedio para cálculo pensión:

2,015.00

AÑO	INPC	ACUMULADO
2003	1.039765217	1.843425480
2004	1.051908483	1.772924743
2005	1.033327409	1.685436301
2006	1.040532756	1.631076738
2007	1.037590381	1.567540021
2008	1.065281451	1.51075034
2009	1.035735379	1.418170136
2010	1.044015851	1.369239832
2011	1.0382	1.311512494
2012	1.0357	1.263256111
2013	1.0397	1.219712379
2014	1.040824019	1.173138769
2015	1.021308128	1.127124997
2016	1.03360274	1.103609152
2017	1.067730482	1.067730482





6.29 EJEMPLO DE CALCULO DE LA PENSION DE INVALIDEZ IMSS Y CFE POR LEY 97

CUANTÍA BÁSICA DE LA PENSIÓN DE INVALIDEZ:	35%
IMPORTE DE LA CUANTÍA BÁSICA:	21,451.35
> INCREMENTO DEL 11% (ART. 14° TRANSITORIO LSS 97, REFORMADO DOF 20-12-2001 Y DOF DEL 05-01-2004)	2,359.65
> BASE TOTAL PARA PENSIÓN DE INVALIDEZ	23,811.00

> PENSIÓN INICIAL DE INVALIDEZ:	23,811.00
> ASIGNACIONES FAMILIARES:	3,571.65

PENSIÓN TOTAL POR INVALIDEZ:	27,382.65
------------------------------	-----------

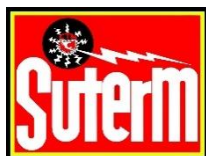
PENSIÓN EXENTA:	36,773.75
PENSIÓN GRAVABLE:	0.00
ISR:	0.00

PENSIÓN MENSUAL NETA (IMSS):	27,382.65
------------------------------	-----------



6.30 EJEMPLO DE CALCULO DE LA JUBILACION DE CFE POR 10 AÑOS DE SERVICIO

AÑOS DE SERVICIO	PORCENTAJE SALARIO
10	60
11	62
12	64
13	66
14	68
15	70
16	72
17	74
18	76
19	78
20 - 25	80
26	82
27 - 28	84
29	86
30 - 31	88
32	90
33 - 34	92
35	94
36 - 37	96
38	98
39 - 40	100



6.31. CÁLCULO DE LA PENSIÓN POR RIESGO NO PROFESIONAL POR PARTE DE CFE, SUPONIENDO QUE ELIGIÓ LA JUBILACIÓN Y NO PUEDE REINCORPORARSE A LABORAR

	2,135.88	(**)
SALARIO DIARIO INTEGRADO (\$):	2,483.58	
ANTIGÜEDAD EN CFE (AÑOS):	10.58	

PRIMA LEGAL DE ANTIGÜEDAD:	656,906.56(&)
----------------------------	---------------

JUBILACIÓN MENSUAL (CLÁUSULA 69):	38,445.80
-----------------------------------	-----------

PENSIÓN DE INVALIDEZ IMSS (LEY 97):	27,382.65
-------------------------------------	-----------

JUBILACIÓN CFE (-) PENSIÓN IMSS:	11,063.14
----------------------------------	-----------

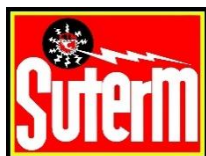
PENSIÓN EXENTA:	36,773.75
PENSIÓN GRAVABLE:	1,672.05
ISR (aprox.):	84.78

PENSIÓN CATORCENAL (APROX.) CFE:	5,489.18
----------------------------------	----------

(**) CORRESPONDERÍA AL S.D.I. PROMEDIO DE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS (CFE)

(&) FALTARÍA DESCONTAR APROX. 15% POR CONCEPTO DE ISR





6.32 CÁLCULO DE LA INDEMNIZACIÓN POR PARTE DE CFE POR RIESGO NO PROFESIONAL SUPONIENDO QUE NO ELIGIÓ LA JUBILACIÓN DE LA EMPRESA LABORAR

SALARIO DIARIO INTEGRADO (\$): 2,483.58
ANTIGÜEDAD EN CFE (AÑOS): 10.58

INDEMNIZACIÓN GLOBAL (Cláusula 62):	919,669.18
PRIMA LEGAL DE ANTIGÜEDAD:	656,906.56

TOTAL A LIQUIDAR POR CFE (antes de ISR):	1,576,575.74(&)
--	-----------------

PENSIÓN DE INVALIDEZ IMSS (LEY 97):	27,382.65
-------------------------------------	-----------

PENSIÓN EXENTA:	36,773.75
PENSIÓN GRAVABLE:	0.00
ISR (aprox.):	0.00

PENSIÓN MENSUAL NETA IMSS:	27,382.65
----------------------------	-----------

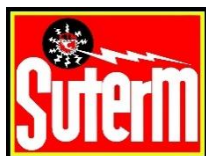
(&) FALTARÍA DESCONTAR APROX. 25% POR CONCEPTO DE ISR

EN AMBOS ESCENARIOS (1 Y 2), AGREGAR SEGURO DE
MANDOS MEDIOS

BPAI: 2,980,294.40 (AL CAUSAR BAJA DE CFE)

EPPI: 2,980,294.40 (SEGURO INDIVIDUAL FIJO VITALICIO,
SIN COSTO, COBERTURA DE
FALLECIMIENTO)





6.33 EJEMPLO DE CÁLCULO PARA LAS INDEMNIZACIONES POR FALLECIMIENTO (RIESGO NO PROFESIONAL) DE UN TRABAJADOR ACTIVO

RPE XXX
INGRESO: 13/04/1988
DEFUNCIÓN: 26/05/2013
ANTIGÜEDAD (AÑOS): 25.13
SALARIO INTEGRADO: 1,232.95

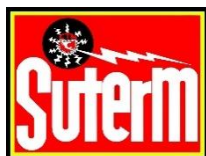
PRESTACIONES ECONÓMICAS:

- (Si aún no se los han cubierto parcial o totalmente)
- a) AYUDA PARA GASTOS DE SEPELIO: 123,295.00
(100 días de salario integrado o \$42,000, lo que resulte MAYOR)
- b) INDEMNIZACIÓN POR MUERTE: 929,678.08
(30 días de salario integrado, por cada año de servicio)
- c) PRIMA LEGAL DE ANTIGÜEDAD: 774,731.73
(25 días de salario integrado, por cada año de servicio)
- d) DEVENGADOS (Vacaciones, Prima Vacacional, Aguinaldo, Fondo de Ahorro)

TOTAL (CONCEPTOS a, b y c) : 1,827,704.81 (conceptos b y c ANTES DE ISR)

SUPUESTO FUNDAMENTAL: Que se considere ACTIVO al trabajador, al momento de su fallecimiento.





6.34 EJEMPLO DE CÁLCULO PARA LAS INDEMNIZACIONES POR FALLECIMIENTO(RIESGO NO PROFESIONAL) DE UN TRABAJADOR JUBILADO

RPE

INGRESO: 13/04/1988

DEFUNCIÓN: 26/05/2013

ANTIGÜEDAD (AÑOS): 25.13

SALARIO TABULADO: 432.86

SALARIO INTEGRADO: 1,232.95

PRESTACIONES ECONÓMICAS:

a) AYUDA PARA GASTOS DE SEPELIO: 49,318.00 (Si aún no se los han cubierto parcial o totalmente)

(40 días de salario integrado o \$42,000, lo que resulte MAYOR)

b) PRIMA LEGAL DE ANTIGÜEDAD: 774,731.73

(25 días de salario integrado, por cada año de servicio)

c) DEVENGADOS (Vacaciones, Prima Vacacional, Aguinaldo, Fondo de Ahorro)

d) 36 meses de pensión jubilatoria 1,331,586.00 (aprox. ANTES DE ISR)

TOTAL (CONCEPTOS a, b y d) (ANTES DE ISR,
: 2,155,635.73 excepto concepto a)

SUPUESTO FUNDAMENTAL: Que se considere JUBILADO al trabajador, al momento de su fallecimiento.





6.35 EJEMPLO DE CÁLCULO PARA LAS INDEMNIZACIONES POR FALLECIMIENTO POR RIESGO PROFESIONAL DE UN TRABAJADOR

INGRESO: 16/03/1992

DEFUNCIÓN: 03/01/2015

ANTIGÜEDAD (AÑOS): 22.819

SALARIO INTEGRADO: 861.37

SALARIO BASE DE COTIZACIÓN IMSS: 721.17

(SUJETO A VALIDACIÓN EN RESOLUCIÓN DEL IMSS)

PRESTACIONES ECONÓMICAS:

a) AYUDA PARA GASTOS DE

SEPELIO: 99,057.55 > ANTICIPO: N.D.

(115 días de salario integrado o \$45,200.00; lo que resulte MAYOR)

b) INDEMNIZACIÓN POR MUERTE: 0.00

(0 días de salario integrado, por la diferencia entre 5,000 días del CCT y los 5,000 días del art. 502 de la LFT)

c) SUSTITUCIÓN DE

OBLIGACIONES: 1,782,755.00

(5,000 días de la diferencia entre el salario diario integrado y el 70% del SBC del IMSS)

d) COMPENSACIÓN POR

MUERTE: 589,672.66

(30 días de salario integrado, por cada año de servicio)

e) PRIMA LEGAL DE ANTIGÜEDAD: 491,393.89

(25 días de salario integrado, por cada año de servicio)

f) DEVENGADOS (Vacaciones, Prima

Vacacional, Aguinaldo, Fondo de Ahorro)

TOTAL (CONCEPTOS b, c, d, e) : 2,863,821.55 (ANTES DE ISR)

(+) DIFERENCIA GASTOS DE

SEPELIO: 99,057.55

TOTAL: 2,962,879.10 (ANTES DE ISR)





OTRAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DERIVADAS DEL FALLECIMIENTO

POR RIESGO PROFESIONAL

RPE:

FECHA DE DEFUNCIÓN: 03/01/2015

SDC IMSS: 721.17

(SUJETO A VALIDACIÓN
EN RESOLUCIÓN IMSS)

FECHA DE CÁLCULO: 15/03/2017

INPC ACUM. 2015 - 2016: 1.055626879

PENSIÓN DEL IMSS (IPT): 15,354.91

1) PENSIÓN DE VIUDEZ: 6,141.96

PENSIÓN ACTUALIZADA: 6,483.62

2) SEGURO COLECTIVO: 1,200,000.00 (MUERTE ACCIDENTAL)



6.36 CÁLCULO PARA LA INDEMNIZACIÓN POR IPP ASUMIENDO QUE EL TRABAJADOR ACEPTARA SU REACOMODO

RPE		PENSIÓN DE JUBILACIÓN CLÁUSULA 69 C.C.T.	
FECHA DE ANTIG	04/11/1988	(\$ MENSUAL antes de ISR)	0.00
FECHA DE CÁLCULO	29/01/2018	PRIMA LEGAL DE ANTIGÜEDAD(\$ PAGO ÚNICO)	0.00
ANTIGÜEDAD EN AÑOS	29.25		
INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL (\$)			
% VAL. DELIMSS	60%	a) 60% de 545 días de salario integrado por la diferencia entre 1640 y 1095 días.	322,068.84
		Cláusula 61.I.c del CCT	
% SALARIO C. 69 CCT	86%	(b) 60% de 1,095 días a razón de \$444.86;	
		diferencia entre el 70% del SBC y el SDI que a la fecha de indemnización percibía el trabajador	292,274.99
SALARIO (\$) DIARIO INT. CFE (29/01/18)	984.92		
SBC IMSS (\$) A LA FECHA DE PENSIÓN (31/12/2017)	771.51	TOTAL INDEMNIZACIÓN: (Suma de (a) y (b))	614,343.83
(**) Sujeto a confirmación de CFE en la fecha de Convenio (Cláusula 61.II.a. del CCT)			
PENSIÓN IMSS:			9,856.04



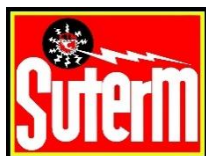


6.37 CÁLCULO PARA LA INDEMNIZACIÓN POR IPP

La Prima Legal de Antigüedad se pagaría SI Y SÓLO SI el trabajador
NO ACEPTARA SU REACOMODO.

RPE		PENSIÓN DE JUBILACIÓN CLÁUSULA 69 C.C.T.	
FECHA DE ANTIG	04/11/1988	(\$ MENSUAL antes de ISR)	22,361.62
FECHA DE CÁLCULO	29/01/2018	PRIMA LEGAL DE ANTIGÜEDAD(\$ PAGO ÚNICO)	720,340.81
ANTIGÜEDAD EN AÑOS	29.25		
INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL (\$)		a) 60% de 545 días de salario integrado por la diferencia entre 1640 y 1095 días.	322,068.84
% VAL. DELIMSS	60%	Cláusula 61.I.c del CCT (b) 60% de 1,095 días a razón de \$444.86; diferencia entre el 70% del SBC y el SDI que a la fecha de indemnización percibía el trabajador	292,274.99
% SALARIO C. 69 CCT	86%		
SALARIO (\$) DIARIO INT. CFE (29/01/18)	984.92		
SBC IMSS (\$) A LA FECHA DE PENSIÓN (31/12/2017)	771.51	TOTAL INDEMNIZACIÓN: (Suma de (a) y (b))	614,343.83
(**) Sujeto a confirmación de CFE en la fecha de Convenio (Cláusula 61.II.a. del CCT)			
PENSIÓN IMSS:			9,856.04





6.38 CÁLCULO PARA LA INDEMNIZACIÓN POR IPT SUPONIENDO QUE EL TRABAJADOR NO ACEPTARA JUBILACIÓN

RPE	xxx	PENSIÓN DE JUBILACIÓN CLÁUSULA 69 C.C.T. (\$ MENSUAL antes de ISR)	0.00
FECHA DE ANTIG.	22/01/2013		
FECHA DE CÁLCULO	22/12/2017		
ANTIGÜEDAD EN AÑOS	4.91	PRIMA LEGAL DE ANTIGÜEDAD (\$ PAGO ÚNICO)	105,625.31
INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL (\$)			
% VAL. DELIMSS	100%	(a) 545 días de salario integrado por la diferencia entre 1640 y 1095 días. Cláusula 61.I.c del CCT	468,547.65
% SALARIO C. 69 CCT	100%	(b) 1,095 días a razón de \$476.67; diferencia entre el 70% del SBC y el SDI que a la fecha de indemnización percibía el trabajador	521,959.43
SALARIO (\$) DIARIO INT. CFE (29/01/18)	859.77		
SBC IMSS (\$) A LA FECHA DE PENSIÓN (31/12/2017)	547.28	c) 30 días de salario por año de servicio, Clausula 61 I c del CCT	126,750.37
		TOTAL INDEMNIZACIÓN: (Suma de (a) y (b))	1,117,284.45
(**) Sujeto a confirmación de CFE en la fecha de Convenio (Cláusula 61.II.a. del CCT)			
		Total global antes de ISR	1,222,909.76





6.39 CÁLCULO PARA LA INDEMNIZACIÓN POR IPT SUPONIENDO QUE EL TRABAJADOR ACEPTARA JUBILACIÓN

RPE	xxx	PENSIÓN DE JUBILACIÓN CLÁUSULA 69 C.C.T. (\$ MENSUAL antes de ISR)	22,697.93
FECHA DE ANTIG.	22/01/2013		
FECHA DE CÁLCULO	22/12/2017	PRIMA LEGAL DE ANTIGÜEDAD (\$ PAGO ÚNICO)	105,625.31
ANTIGÜEDAD EN AÑOS	4.91	TOTAL GLOBAL (ANTES DE ISR)	105,625.31
% VAL. DELIMSS	100%		
% SALARIO C. 69 CCT	100%	PENSION DE CFE (SUJETA A UNA EVENTUAL ACTUALIZACION)	22,697.93
SALARIO (\$) DIARIO INT. CFE (29/01/18)	859.77	PENSION IMSS	11, 652.46
SBC IMSS (\$) A LA FECHA DE PENSIÓN (31/12/2017)	547.28	NETO MENSUAL A RECIBIR POR PARTE DE CFE 1,117,284.45	11,045.46



7. SUBSIDIOS





7. Subsidios

7.1. Ley del Seguro Social, Convenio del Pago de Subsidios

7.2. Convenios Tripartitos, Convenio General de Incorporación

7.3. Derecho al pago de subsidios, Ley del Seguro Social

7.4. Subsidio en asegurada embarazada, Ley del Seguro Social





7.1. LEY DEL SEGURO SOCIAL CONVENIO DEL PAGO DE SUBSIDIOS

Artículo 63. Los subsidios previstos en este capítulo se pagarán directamente al asegurado o su representante debidamente acreditado, salvo el caso de incapacidad mental comprobada ante el Instituto, en que se podrán pagar a la persona o personas a cuyo cuidado quede el incapacitado.

El Instituto podrá celebrar convenios con los patrones para el efecto de facilitar el pago de subsidios a sus trabajadores incapacitados, salvo las cuotas previstas en el artículo 168 de la presente Ley, que se aplicarán a las cuentas individuales de los trabajadores.

7.2. CONVENIOS TRIPARTITOS CONVENIO GENERAL DE INCORPORACION

CLÁUSULA NOVENA.- PÁRRAFO 2

Respecto al pago de subsidios por incapacidad temporal para el trabajo, ya sea por accidente de trabajo, enfermedad profesional o por enfermedad no profesional y maternidad, la Comisión de acuerdo con la cláusula 60 punto uno del Contrato Colectivo de Trabajo, celebrará con el Instituto un convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios, mediante el cual quedará obligada a pagar directa e íntegramente los salarios a los trabajadores y tendrá derecho a recuperar lo correspondiente a los subsidios que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social, en los términos de su Ley.



7.3. DERECHO AL PAGO DE SUBSIDIOS LEY DEL SEGURO SOCIAL

Artículo 96. En caso de enfermedad no profesional, el asegurado tendrá derecho a un subsidio en dinero que se otorgará cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo. El subsidio se pagará a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad, mientras dure ésta y hasta por el término de cincuenta y dos semanas.

Si al concluir dicho período el asegurado continuare incapacitado, previo dictamen del Instituto, se podrá prorrogar el pago del subsidio hasta por veintiséis semanas más.

Artículo 97. El asegurado sólo percibirá el subsidio que se establece en el artículo anterior, cuando tenga cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad.

Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.

Artículo 98. El subsidio en dinero que se otorgue a los asegurados será igual al sesenta por ciento del último salario diario de cotización. El subsidio se pagará por períodos vencidos que no excederán de una semana, directamente al asegurado o a su representante debidamente acreditado.



Artículo 99. En caso de incumplimiento por parte del enfermo a la indicación del Instituto de someterse a hospitalización, o cuando interrumpa el tratamiento sin la autorización debida, se suspenderá el pago del subsidio.

Artículo 100. Cuando el Instituto hospitalice al asegurado, el subsidio establecido en el artículo 98 de esta Ley se pagará a él o a sus familiares derechohabientes señalados en el artículo 84 de este ordenamiento.

7.4. SUBSIDIO EN ASEGURADA EMBARAZADA, LEY DEL SEGURO SOCIAL

Artículo 101. La asegurada tendrá derecho durante el embarazo y el puerperio a un subsidio en dinero igual al ciento por ciento del último salario diario de cotización, el que recibirá durante cuarenta y dos días anteriores al parto y cuarenta y dos días posteriores al mismo.

En los casos en que la fecha fijada por los médicos del Instituto no concuerde exactamente con la del parto, deberán cubrirse a la asegurada los subsidios correspondientes por cuarenta y dos días posteriores al mismo, sin importar que el periodo anterior al parto se haya excedido. Los días en que se haya prolongado el período anterior al parto, se pagarán como continuación de incapacidades originadas por enfermedad. El subsidio se pagará por períodos vencidos que no excederán de una semana.

Artículo 102. Para que la asegurada tenga derecho al subsidio que se señala en el artículo anterior, se requiere:

- I. Que haya cubierto por lo menos treinta cotizaciones semanales en el periodo de doce meses anteriores a la fecha en que debiera comenzar el pago del subsidio;
- II. Que se haya certificado por el Instituto el embarazo y la fecha probable del parto, y
- III. Que no ejecute trabajo alguno mediante retribución durante los periodos anteriores y posteriores al parto. Si la asegurada estuviera percibiendo otro subsidio, se cancelará el que sea por menor cantidad.

Artículo 103. El goce por parte de la asegurada del subsidio establecido en el artículo 101, exime al patrón de la obligación del pago del salario íntegro a que se refiere la fracción V del artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo, hasta los límites establecidos por esta Ley. Cuando la asegurada no cumpla con lo establecido en la fracción I del artículo anterior, quedará a cargo del patrón el pago del salario íntegro.



8. FORMATOS ST-IMSS





FORMATOS ST- DEL IMSS

ST-2: Dictamen de alta por riesgo de trabajo.

ST-3: Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo.

ST-4: Dictamen de invalidez por enfermedad general.

ST-5: Riesgos de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez.

ST-6: Formato para que un beneficiario hijo(a) de 16 años o más, que padezca una enfermedad crónica o discapacidad por deficiencia física, mental, intelectual reciba un dictamen de incapacidad.

ST-7: Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo.

ST-8: Dictamen por recaída de riesgo de trabajo.

ST-9: Aviso de atención médica y calificación de probable enfermedad de trabajo.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

DICTAMEN DE ALTA POR RIESGO DE TRABAJO
ST-2

DATOS DEL ASEGURADO

1) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE	2) NUMERO DE AFILIACION
3) CURP	
4) MATRICULA	5) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION

DATOS DE LA EMPRESA

6) NOMBRE O RAZON SOCIAL	7) REGISTRO PATRONAL
--------------------------	----------------------

DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO

8) TIPO DE RIESGO ☐ ACCIDENTE DE TRABAJO ☐ ACCIDENTE EN TRAYECTO ☐ ENFERMEDAD DE TRABAJO	9) FECHA DE ACCIDENTE O DE RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO DIA MES AÑO
10) INICIO DE LABORES DIA MES AÑO	

INCAPACIDAD PERMANENTE SI ☐ NO ☐ MARCAR SOLO POR SALUD EN EL TRABAJO

NOTA: EN CASO DE PRESENTAR SECUELAS, EL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO DETERMINARA LA FECHA DE INICIO DE LABORES, PREVIA VALORACION CORRESPONDIENTE.

11) LUGAR	DELEGACION	UNIDAD MEDICA	DIA	MES	AÑO	FIRMA DEL MEDICO
12) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN	MATRICULA					

SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO

ST-2/97

2320-009-067



**DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE
O DE DEFUNCION POR RIESGO DE TRABAJO**

DATOS DEL ASEGURADO

2) APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE (S)				3) NUMERO DE AFILIACION			
4) CURP				5) SEXO F ☐ M ☐		6) IDENTIFICACION OFICIAL	
7) MATRICULA		8) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION		9) OCUPACION		10) TELEFONO	
11) DOMICILIO, CALLE			NUMERO		C. P.		CIUDAD Y ESTADO

DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA

12) NOMBRE O RAZON SOCIAL				13) REGISTRO PATRONAL			
14) DOMICILIO, CALLE				NUMERO		C. P.	
						CIUDAD Y ESTADO	

DICTAMEN: 15) INICIAL ☐ 16) CAPITAL CONSTITUTIVO ☐ 17) REVALUACION ☐
18) LAUDO/CONVENIO ☐ 19) NO. EXP. LAB.

TIPO DE DICTAMEN				TIPO DE RIESGO			
☐ 19) INCAPACIDAD PERMANENTE ☐ 20) DEFUNCION ☐ 21) ACCIDENTE DE TRABAJO ☐ 22) ACCIDENTE EN TRAYECTO ☐ 23) ENFERMEDAD DE TRABAJO							
CARACTER DEL DICTAMEN		26) FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO		DIA	MES	AÑO	HORA
☐ 24) PROVISIONAL ☐ 25) DEFINITIVO							

28) MECANISMO DEL ACCIDENTE O TIEMPO DE EXPOSICION AL (LOS) AGENTE (S) CONTAMINANTE (S) Y ALTERACIONES PRODUCIDAS

29) DIAGNOSTICO(S) DE LA VALUACION DE LA INCAPACIDAD ORGANOFUNCIONAL O DE LA DEFUNCION Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION EN CASO DE ENFERMEDAD DE TRABAJO

TRATAMIENTO QUIRURGICO SI ☐ NO ☐ SE OTORGO PROTESIS SI ☐ NO ☐ SE OTORGO ORTESIS SI ☐ NO ☐

30) FRACCION (ES) DE LA TABLA DE VALUACION DE INCAPACIDADES PERMANENTES DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y SUS RESPECTIVOS PORCENTAJES

SE SUGIERE APLICAR TABLA "C" DEL ART. 4 DEL RJP SI ☐ NO ☐

31) INCAPACIDAD ORGANOFUNCIONAL (SUMA DE LOS PORCENTAJES PARCIALES CON LETRA Y NUMERO)		32) INICIO DE LA PENSION		DIA	MES	AÑO
33) OBSERVACIONES		34) FECHA DE REVALUACION		DIA	MES	AÑO
35) LUGAR Y FECHA		36) DELEGACION				
37) NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN		MATRICULA				
38) APROBACION DEL COORDINADOR CLINICO DE SALUD EN EL TRABAJO		39) APROBACION DEL JEFE DE LA DIST		40) AUTORIZACION DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO		



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO



SI FOLIO

DICTAMEN DE INVALIDEZ ST-4

DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA

I) NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		II) REGISTRO PATRONAL IMSS	
II) DOMICILIO, CALLE, NUMERO Y COLONIA		II) ACTIVIDAD O GIRO	
CUBA	CODIGO POSTAL	ESTADO	

DATOS DEL ASEGURADO

SI SE IDENTIFICA CON IFE

I) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE		II) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
II) CURP			
III) OCUPACION	IV) TIEMPO DE RESIDENCIA	V) EDAD	VI) SEXO
VII) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO Y COLONIA		VIII) UNIDAD DE ASIGNACION	
CUBA	CODIGO POSTAL	ESTADO	

TIPO DE DICTAMEN

IX) TRABAJADOR DE EMPRESA	X) TRABAJADOR IMSS	XI) MATRÍCULA (EMPLEADO IMSS)	
XII) INICIAL	XIII) REVALUACION	XIV) CONVICTO	XV) LUGAR

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

23) DESCRIPCION DEL PADECIMIENTO ACTUAL Y EXPLORACION FISICA QUE FUNDAMENTE EL ESTADO DE INVALIDEZ	FECHA PROBABLE DE INICIO DEL PADECIMIENTO	IIA	IIIB	IIIC
24) FECHA Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE QUE ESTEN EN RELACION DIRECTA CON EL PADECIMIENTO EN ESTUDIO				

ST-4

DIAGNOSTICOS	25) NOSOLOGICO (S)
	26) ETIOLOGICO
	27) ANATOMIA FUNCIONAL, SINTOMAS QUE INTERFIEREN CON LAS ACTIVIDADES LABORALES
PROMOSTICO	28) PARA DESARROLLAR TRABAJO REMUNERADO
ESTUDIO LABORAL (PERFIL DEL PUESTO)	29) ANTECEDENTES LABORALES, AGENTES A LOS QUE ESTUVO EXPUESTO Y REQUERIMIENTOS DE SUS PUESTOS DE TRABAJO ANTERIORES
	30) DESCRIPCION DE LAS LABORES ACTUALES O DEL ULTIMO PUESTO, REQUERIMIENTOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PUESTOS SIMILARES Y AGENTES A LOS QUE ESTA EXPUESTO
	31) CAPACIDADES REALES Y POTENCIALES

EXCIDENTES	32) SE TRATA DE UN RIESGO DE TRABAJO	SI	NO	33) PROVOCO INTENCIONALMENTE SU ESTADO PATOLOGICO	SI	NO	
	34) ES RESULTADO DE LA COMISION DE UN DELITO	SI	NO	35) EL ESTADO DE INVALIDEZ ES PREVIO AL ASESURAMIENTO, ART. 123 FRACCION II L.S.S.	SI	NO	
OTRAS PENSIONES	36) CORRESPONDE AL SEGURO DE PENSION POR VEJEZ	SI	NO	37) CORRESPONDE AL SEGURO DE CESSANTIA EN EDAD AVANZADA	SI	NO	
D I C T A M E N	38) NOMBRE DEL ASIGURADO			NO. DE SEGURIDAD SOCIAL			
	39) EXISTE UN ESTADO DE INVALIDEZ			SI NO			
	40) ARTICULO 145 DE LA LEY DEL ASES			SI	NO	41) LA PENSION DEBE MODIFICARSE CON	
				0.0%			
	42) FECHA DE INICIO DEL ESTADO DE INVALIDEZ			DIA	MES	AÑO	
	43) DÍAS DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL PREVIO AL DICTAMEN			44) POR O MAS DE INVALIDEZ			
45) FECHA DE ELABORACION			DIA	MES	AÑO	46) DELEGACION	47) UNIDAD MEDICA
48) RESPONSABLES NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN			MATRICULA				
49) AUTORIZACION DEL COORDINADOR CLINICO DE SALUD EN EL TRABAJO			50) AUTORIZACION DEL JEFE DE LA DIVISION DE SALUD EN EL TRABAJO			51) AUTORIZACION DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO	
52) EL CARACTER DE LA INVALIDEZ							
TEMPORAL		FECHA DE REEVALUACION		DIA	MES	AÑO	
						DEFINITIVO	



DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

FOLIO	CLAVE DE ASESORADO 2 DIGITOS	NUMERO DE SERIE 5 DIGITOS
-------	------------------------------------	------------------------------

RIESGOS DE TRABAJO ☐ INVALIDEZ ☐

RIESGOS DE TRABAJO OCURRIDOS Y TERMINADOS
Y CASOS DE INVALIDEZ

ST-5

DELEGACION ☐	HOSPITAL GENERAL DE ZONA O U.M.F.	NOMBRE DEL ASEGURADO
NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA		
REGISTRO PATRONAL	D.V.	NUM. DE AFILIACION
MATRICULA	SEXO	OCUPACION
CLAVE PRESUPUESTAL	UNIDAD ADSCRIPCION LABORAL	NOMBRE DEL BENEFICIARIO
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO	BENEFICIARIO	TIPO DE RIESGO
FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD	FECHA DE INICIO DE RIESGO	FIRMA DEL MEDICO
CAUSA EXTERNA	NATURALEZA DE LA LESION	
RIESGO FISICO	ACTO INSEGURO	NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO
DIAS DE INCAPACIDAD	FECHA DE INICIO DE RIESGO	
VALUACION	FECHA DE INICIO DE RIESGO	MATRICULA
FECHA DE RECAIDA	DIAS HOSPITALIZACION	TRATAMIENTO QUIRURGICO
DIAS REHABILITACION	DEMANDA LABORAL TIPO DE RESOLUCION	LAUDO CONDENATORIO
DIAGNOSTICOS		
OBSERVACIONES		

CONTROL DE INCAPACIDADES

MES	FOLIO	TP	FE	FOLIO	TP	FE	FOLIO	TP	FE	FOLIO	TP	FE	FOLIO	TP	FE
ENE															
FEB															
MAR															
ABR															
MAY															
JUN															
JUL															
AGO															
SEP															
OCT															
NOV															
DIC															

2320-009-068

ST-5



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

DICTAMEN DE BENEFICIARIO INCAPACITADO ST-6

DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA

1) NOMBRE DEL PATRON SOCIAL		2) MEDIO DE CONTACTO Y A.D.E.	
3) DIRECCION, CALLE, NUMERO, COLONIA Y TELEFONO		4) CONTACTOS O CERO	
5) CIUDAD	6) C.F.	7) ESTADO	

DATOS DEL ASEGURADO

8) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S)		9) IDENTIFICA CON		10) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
11) C.I.F.					
12) OCUPACION	13) TIPO DE REGIMEN	14) SEXO	15) AÑO	16) MES	17) DIA
18) EDAD EN AÑOS					
19) DOMICILIO, CALLE, NUMERO, COLONIA Y TELEFONO		20) CIUDAD			
21) C.F.		22) ESTADO			
23) SITUACION ACTUAL DEL TRABAJADOR		24) FECHA DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO			
25) ASESORADO		26) FALLECIDO		27) DIA	
28) MES		29) AÑO		30) AÑO	

DATOS DEL BENEFICIARIO

31) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S)		32) IDENTIFICA CON EL ASEGURADO	
33) DIRECCION, CALLE, NUMERO Y COLONIA		34) CIUDAD	
35) C.F.		36) ESTADO	
37) AÑO	38) MES	39) DIA	40) AÑO
41) TIPO DE INCAPACITACION		42) TIPO DE INCAPACITACION	
43) TIPO DE INCAPACITACION		44) TIPO DE INCAPACITACION	

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

45) DESCRIPCION DEL FALLECIMIENTO AL TUL, DEFENSOR DEL ESTADO MEDICO INTEGRAL, EXPLORACION FISICA, INVESTIGACIONES DE ESPECIALIDAD Y PARMACOLOGICAS QUE FUNDAMENTEN EL ESTADO INCAPACITANTE		46) TIPO DE ESTADO INCAPACITANTE		47) DIA	48) MES	49) AÑO
50) DIAGNOSTICO (S)		51) DIAGNOSTICO		52) ESTADO DE INCAPACITACION		
53) DIAGNOSTICO		54) DIAGNOSTICO		55) ESTADO DE INCAPACITACION		
56) DIAGNOSTICO		57) DIAGNOSTICO		58) ESTADO DE INCAPACITACION		
59) DIAGNOSTICO		60) DIAGNOSTICO		61) ESTADO DE INCAPACITACION		
62) DIAGNOSTICO		63) DIAGNOSTICO		64) ESTADO DE INCAPACITACION		
65) DIAGNOSTICO		66) DIAGNOSTICO		67) ESTADO DE INCAPACITACION		
68) DIAGNOSTICO		69) DIAGNOSTICO		70) ESTADO DE INCAPACITACION		
71) DIAGNOSTICO		72) DIAGNOSTICO		73) ESTADO DE INCAPACITACION		
74) DIAGNOSTICO		75) DIAGNOSTICO		76) ESTADO DE INCAPACITACION		
77) DIAGNOSTICO		78) DIAGNOSTICO		79) ESTADO DE INCAPACITACION		
80) DIAGNOSTICO		81) DIAGNOSTICO		82) ESTADO DE INCAPACITACION		
83) DIAGNOSTICO		84) DIAGNOSTICO		85) ESTADO DE INCAPACITACION		
86) DIAGNOSTICO		87) DIAGNOSTICO		88) ESTADO DE INCAPACITACION		
89) DIAGNOSTICO		90) DIAGNOSTICO		91) ESTADO DE INCAPACITACION		
92) DIAGNOSTICO		93) DIAGNOSTICO		94) ESTADO DE INCAPACITACION		
95) DIAGNOSTICO		96) DIAGNOSTICO		97) ESTADO DE INCAPACITACION		
98) DIAGNOSTICO		99) DIAGNOSTICO		100) ESTADO DE INCAPACITACION		
101) DIAGNOSTICO		102) DIAGNOSTICO		103) ESTADO DE INCAPACITACION		
104) DIAGNOSTICO		105) DIAGNOSTICO		106) ESTADO DE INCAPACITACION		
107) DIAGNOSTICO		108) DIAGNOSTICO		109) ESTADO DE INCAPACITACION		
110) DIAGNOSTICO		111) DIAGNOSTICO		112) ESTADO DE INCAPACITACION		
113) DIAGNOSTICO		114) DIAGNOSTICO		115) ESTADO DE INCAPACITACION		
116) DIAGNOSTICO		117) DIAGNOSTICO		118) ESTADO DE INCAPACITACION		
119) DIAGNOSTICO		120) DIAGNOSTICO		121) ESTADO DE INCAPACITACION		
122) DIAGNOSTICO		123) DIAGNOSTICO		124) ESTADO DE INCAPACITACION		
125) DIAGNOSTICO		126) DIAGNOSTICO		127) ESTADO DE INCAPACITACION		
128) DIAGNOSTICO		129) DIAGNOSTICO		130) ESTADO DE INCAPACITACION		
131) DIAGNOSTICO		132) DIAGNOSTICO		133) ESTADO DE INCAPACITACION		
134) DIAGNOSTICO		135) DIAGNOSTICO		136) ESTADO DE INCAPACITACION		
137) DIAGNOSTICO		138) DIAGNOSTICO		139) ESTADO DE INCAPACITACION		
140) DIAGNOSTICO		141) DIAGNOSTICO		142) ESTADO DE INCAPACITACION		
143) DIAGNOSTICO		144) DIAGNOSTICO		145) ESTADO DE INCAPACITACION		
146) DIAGNOSTICO		147) DIAGNOSTICO		148) ESTADO DE INCAPACITACION		
149) DIAGNOSTICO		150) DIAGNOSTICO		151) ESTADO DE INCAPACITACION		
152) DIAGNOSTICO		153) DIAGNOSTICO		154) ESTADO DE INCAPACITACION		
155) DIAGNOSTICO		156) DIAGNOSTICO		157) ESTADO DE INCAPACITACION		
158) DIAGNOSTICO		159) DIAGNOSTICO		160) ESTADO DE INCAPACITACION		
161) DIAGNOSTICO		162) DIAGNOSTICO		163) ESTADO DE INCAPACITACION		
164) DIAGNOSTICO		165) DIAGNOSTICO		166) ESTADO DE INCAPACITACION		
167) DIAGNOSTICO		168) DIAGNOSTICO		169) ESTADO DE INCAPACITACION		
170) DIAGNOSTICO		171) DIAGNOSTICO		172) ESTADO DE INCAPACITACION		
173) DIAGNOSTICO		174) DIAGNOSTICO		175) ESTADO DE INCAPACITACION		
176) DIAGNOSTICO		177) DIAGNOSTICO		178) ESTADO DE INCAPACITACION		
179) DIAGNOSTICO		180) DIAGNOSTICO		181) ESTADO DE INCAPACITACION		
182) DIAGNOSTICO		183) DIAGNOSTICO		184) ESTADO DE INCAPACITACION		
185) DIAGNOSTICO		186) DIAGNOSTICO		187) ESTADO DE INCAPACITACION		
188) DIAGNOSTICO		189) DIAGNOSTICO		189) ESTADO DE INCAPACITACION		
190) DIAGNOSTICO		191) DIAGNOSTICO		190) ESTADO DE INCAPACITACION		
192) DIAGNOSTICO		193) DIAGNOSTICO		191) ESTADO DE INCAPACITACION		
194) DIAGNOSTICO		195) DIAGNOSTICO		192) ESTADO DE INCAPACITACION		
196) DIAGNOSTICO		197) DIAGNOSTICO		193) ESTADO DE INCAPACITACION		
198) DIAGNOSTICO		199) DIAGNOSTICO		194) ESTADO DE INCAPACITACION		
200) DIAGNOSTICO		200) DIAGNOSTICO		195) ESTADO DE INCAPACITACION		



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS**

**AVISO DE ATENCION MEDICA INICIAL Y
CALIFICACION DE PROBABLE ACCIDENTE DE
TRABAJO ST-7**

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

DATOS DEL PATRON

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA	
2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NUMERO	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO	
3) CODIGO POSTAL	4) TELEFONO (LADA)
5) REGISTRO PATRONAL	

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)				
8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR)		9) CURP		10) EDAD (AÑOS)		
11) SEXO M ☐ F ☐	12) ESTADO CIVIL	13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO		
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO				14) TELEFONO (LADA)	15) CODIGO POSTAL	16) UMF DE ADSCRIPCION
17) DELEGACION (IMSS)	18) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE	19) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE	20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DIA MES AÑO HORA		21) FECHA Y HORA DE RECEPCION EN EL SERVICIO MEDICO DIA MES AÑO HORA	

22) SEÑALAR CLARAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

*ANEXO NOTA MÉDICA DE FECHA:

23) DESCRIPCIÓN DE LA(S) LESIÓN(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN

24) IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

25) TRATAMIENTO(S)

26) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UNA X)

INTOXICACION ALCOHOLICA SI ☐ NO ☐

INTOXICACION POR ENERVANTES SI ☐ NO ☐

27) OTRAS CONDICIONES

HUBO RIRA SI ☐ NO ☐

28) ATENCIÓN MEDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE:

29) INCAPACIDAD INICIAL

AMERITA INCAPACIDAD

FECHA DE INICIO

Nº. DE FOLIO

Nº DE DIAS AUTORIZADOS

30) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE:

SI ☐ NO ☐

31) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE

MATRICULA

FIRMA (MEDICO TRATANTE)

32) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION

EL ASEGURADO DA CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 51 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE PROPIO DERECHO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE LOS DATOS Y HECHOS AQUÍ ASENTADOS SON VERDADEROS

TRABAJADOR
(NOMBRE Y FIRMA)

FAMILIAR O REPRESENTANTE
(NOMBRE Y FIRMA)

TESTIGO
(NOMBRE Y FIRMA)

DOMICILIO Y TELEFONO DEL FAMILIAR, REPRESENTANTE O
TESTIGO DE LA VERSIÓN DEL TRABAJADOR

* EN CASO DE ANEXAR NOTA MEDICA, ESTA DEBERA CONTENER LA DESCRIPCION DE LOS CAMPOS 21, 22, 23, y 24, NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE, NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR, FAMILIAR O REPRESENTANTE O TESTIGO DE LA VERSIÓN DEL TRABAJADOR.

2320-009-291

ST-7

**DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACION DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)**

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA				2) ACTIVIDAD O GIRO				3) REGISTRO PATRONAL											
4) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO				COLONIA O FRACCIONAMIENTO															
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO				CODIGO POSTAL		5) TELEFONO (LADA)		6) CORREO ELECTRONICO											
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR				8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL				9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO											
COLONIA O FRACCIONAMIENTO				DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO				10) CODIGO POSTAL											
11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE				12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION		13) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE		14) SALARIO DIARIO											
15) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE				16) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS)				17) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS)											
18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE		DIA		MES		AÑO		HORA		19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE		DIA		MES		AÑO		HORA	
20) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE																			
EN LA EMPRESA ☐ EN UNA COMISION ☐ EN TRAYECTO A SU TRABAJO ☐ EN TRAYECTO A SU DOMICILIO ☐ TRABAJANDO TIEMPO EXTRA ☐																			
21) DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA, SITIO O AREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE																			
22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE										23) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE									
										DIA		MES		AÑO		HORA			
24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE																			
25) SI LA PRIMERA ATENCION MEDICA NO LA PROPORCIONO EL IMSS, ANOTAR DONDE SE OTORGÓ Y ANEXAR CERTIFICADO MEDICO																			
26) ANOTAR QUE AUTORIDADES OFICIALES TOMARON CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA																			
27) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES																			
28) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL										29) LUGAR Y FECHA									
30) FIRMA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL										31) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA DEL PATRON)									

DICTAMEN DE CALIFICACION (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)

32) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA LESION															
33) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION														34) UNIDAD MEDICA	
35) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN				36) MATRICULA IMSS		37) LUGAR Y FECHA		DIA		MES		AÑO		38) DELEGACION	
39) EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN:						40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO						41) FIRMA DEL MEDICO QUE CALIFICA			
EMPRESA ☐ TRAYECTO ☐						SI ☐ NO ☐									

NOTA: SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 44 y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.

RECIBI COPIA ST-7

FECHA:

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

ST-7



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

ST-8
PARA USO DEL IMSS
CERTIFICACION DE VIGENCIA DE DERECHOS

**DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA
POR RIESGO DE TRABAJO ST-8**
(PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR

1) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)		2) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
3) CURP			
4) MATRICULA (EN TRABAJADOR IMSS)		5) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION (EN TRABAJADOR IMSS)	
6) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO		7) TELEFONO	
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO		CODIGO POSTAL	

DATOS DEL PATRON

8) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA		9) REGISTRO PATRONAL	
10) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO		11) TELEFONO	
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO		CODIGO POSTAL	

ANTECEDENTE DE LA CALIFICACION DEL RIESGO DE TRABAJO (ANEXAR COPIA DEL DICTAMEN ST-7)

12) FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO		13) DIAGNOSTICO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO	
DIA MES AÑO			
14) EL RIESGO SE CALIFICO COMO:			
ACCIDENTE DE TRABAJO ☐		ACCIDENTE DE TRAYECTO ☐	
ENFERMEDAD DE TRABAJO ☐			
15) LUGAR DE LA CALIFICACION INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO		16) FECHA DE CALIFICACION INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO	
UNIDAD MEDICA DELEGACION		DIA MES AÑO	

1. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

17) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO					
18) FECHA DE RECAIDA		19) SE ACEPTA RECAIDA		20) MOTIVO DE LA RECAIDA	
DIA MES AÑO		SI ☐ NO ☐			
21) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN		22) MATRICULA		23) FIRMA DEL MEDICO	
24) FECHA		25) LUGAR		26) UNIDAD MEDICA 27) DELEGACION	
DIA MES AÑO					

320-001 9408 ANV

2320-009-086

ST-8

2. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

28) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO									
29) FECHA DE RECAIDA				30) SE ACEPTA RECAIDA		31) MOTIVO DE LA RECAIDA			
DÍA MES AÑO				SI ☐ NO ☐					
32) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN						33) MATRICULA		34) FIRMA DEL MEDICO	
35) FECHA				36) LUGAR		37) UNIDAD MEDICA		38) DELEGACION	
DÍA MES AÑO									

3. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

39) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO									
40) FECHA DE RECAIDA				41) SE ACEPTA RECAIDA		42) MOTIVO DE LA RECAIDA			
DÍA MES AÑO				SI ☐ NO ☐					
43) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN						44) MATRICULA		45) FIRMA DEL MEDICO	
46) FECHA				47) LUGAR		48) UNIDAD MEDICA		49) DELEGACION	
DÍA MES AÑO									

4. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

50) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO									
51) FECHA DE RECAIDA				52) SE ACEPTA RECAIDA		53) MOTIVO DE LA RECAIDA			
DÍA MES AÑO				SI ☐ NO ☐					
54) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN						55) MATRICULA		56) FIRMA DEL MEDICO	
57) FECHA				58) LUGAR		59) UNIDAD MEDICA		60) DELEGACION	
DÍA MES AÑO									

61) OBSERVACIONES									

NOTA: SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.

RECIBI COPIA ST-8

FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA: _____

320 001 9458 REV.

ST-8



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**

**AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA Y CALIFICACIÓN DE
PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO ST-9
(PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN
EL TRABAJO)**

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA	
2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NUMERO	
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO	
3) CODIGO POSTAL	4) TELEFONO (LADA)
5) REGISTRO PATRONAL (11 DIGITOS)	

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (11 DIGITOS)				7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)				
8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR)				9) CURP				
10) EDAD (AÑOS)	11) SEXO M ☐ F ☐	12) ESTADO CIVIL	13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO		COLONIA O FRACCIONAMIENTO			
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO				14) CODIGO POSTAL		15) TELEFONO (LADA)		
16) UMF DE ADSCRIPCION	17) DELEGACION (IMSS)		18) FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA POR PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO		DIA	MES	AÑO	HORA
19) DESCRIPCION DETALLADA DE LOS AGENTES CAUSALES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS								
20) DESCRIPCION DE LA SINTOMATOLOGIA, EL TIEMPO DE EVOLUCION, LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES Y LAS INTERCONSULTAS								
21) DIAGNOSTICO NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL								
22) TRATAMIENTO								
23) AMERITA INCAPACIDAD TEMPORAL SI ☐ NO ☐		FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD INICIAL DIA MES AÑO		No. DE FOLIO		N° DE DIAS AUTORIZADO		24) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO MEDICO DE
25) NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO				MATRICULA		FIRMA AUTOGRAFA DEL MEDICO		26) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION (IMSS)

EL ASEGURADO DA CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 51 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE PROPIO DERECHO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE LOS DATOS Y HECHOS AQUÍ ASENTADOS SON VERDADEROS

TRABAJADOR
(NOMBRE Y FIRMA)

FAMILIAR O REPRESENTANTE
(NOMBRE Y FIRMA)

DOMICILIO Y TELEFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE

ST-9

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACION DE PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA				2) ACTIVIDAD O GIRO				3) REGISTRO PATRONAL (11 DÍGITOS)			
4) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO						COLONIA O FRACCIONAMIENTO					
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO				CODIGO POSTAL		5) TELEFONO (LADA)				6) CORREO ELECTRONICO	
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR				8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (11 DÍGITOS)		9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO					
COLONIA O FRACCIONAMIENTO				DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO						10) CODIGO POSTAL	
11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD						12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION				13) SALARIO DIARIO	
14) HORARIO DE TRABAJO ACTUAL				15) MATRICULA (SÓLO EN CASO DE SER TRABAJADOR IMSS)				16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (SÓLO EN CASO DE SER TRABAJADOR IMSS)			
17) FECHA DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD		DÍA	MES	AÑO	18) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DE LA ENFERMEDAD (SÓLO SI EL TRABAJADOR HA SIDO INCAPACITADO)		DÍA	MES	AÑO	HORA	
19) DESCRIPCION PRECISA DE LOS AGENTES CAUSALES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS											
20) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DE LA ENFERMEDAD								21) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DE LA ENFERMEDAD			
								DÍA	MES	AÑO	HORA
22) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES (INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA QUE SE JUZGUE PERTINENTE PARA SER CONSIDERADA POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS; DE SER NECESARIO, ANEXAR CARTA ACLARATORIA CON FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA)											
23) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL						24) LUGAR Y FECHA					
25) FIRMA AUTÓGRAFA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL						26) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA AUTÓGRAFA DEL PATRON)					

DICTAMEN DE CALIFICACION (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)

27) DIAGNOSTICOS NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA ENFERMEDAD											
28) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION										29) UNIDAD MEDICA	
30) NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN				31) MATRICULA IMSS		32) LUGAR Y FECHA		DÍA	MES	AÑO	33) DELEGACION
34) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO								35) FIRMA AUTÓGRAFA DEL MEDICO QUE CALIFICA			
SI ☐ NO ☐											
SEÑOR(A) TRABAJADOR(A): SI USTED NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTICULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.											
RECIBI COPIA ST-9											
FECHA: _____											
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE											

FORMATO DE REFERENCIA A ESPECIALIDAD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA:

ORDINARIO ☐ URGENTE ☐

4-30-8/88

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MEDICO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

C.U.R.P. _____

ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE: _____

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA: _____ DELEGACION: _____

UNIDAD QUE ENVIA: _____ DELEGACION: _____

FECHA DE LA SOLICITUD: _____

DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO(S) DE ENVIO: _____

FECHA DE CITA DE PRIMERA VEZ: _____

DIA MES AÑO

RESUMEN CLINICO

ANOTAR UN RESUMEN DE LOS PRINCIPALES DATOS DEL INTERROGATORIO Y EXPLORACION FISICA, ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICA PREVIA Y RESULTADOS OBTENIDOS.

MOTIVO DEL ENVIO:

1. FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO ☐

2. PRESENCIA DE COMPLICACIONES ☐

3. REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ESPECIALES ☐

4. RIESGO DE SECUELAS ☐

5. COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA ☐

6. TRATAMIENTO ESPECIALIZADO ☐

7. PROTECCION ANTICONCEPTIVA

METODO ANTICONCEPTIVO: _____

(FIRMA DE ACEPTACION DE LA PACIENTE)

8. OTROS: _____ ESPECIFIQUE

INCAPACIDAD:

No. DE FOLIO _____ POR _____ DIAS

FECHA DE INICIO _____

DIA MES AÑO

INICIA ☐ SUBSECUENTE ☐ No. DIAS ACUMULADOS ☐

RAMO DE SEGURO:

ENFERMEDAD GENERAL ☐

RIESGO DE TRABAJO ☐

MATERNIDAD ☐

MEDICO RESPONSABLE
(NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA)

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA
(NOMBRE, MATRICULA, CARGO Y FIRMA)

GRD 000F

DEBE SE LLENADPOR EL ESPECIALISTA QUE DA DE ALTA (TEMPORAL O DEFINITIVA)

CONTRAREFERENCIA=

UNIDAD A LA QUE SE ENVIA

DELEGACION

FECHA PRIMERA CONSULTA

DIA MES AÑO

FECHA DE ALTA DEL SERVICIO

DIA MES AÑO

DIAGNOSTICO(S) INICIAL (ES)

DIAGNOSTICO(S) FINAL (ES)

TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS

CODIGO CIE

RESUMEN CLINICO:

PRONOSTICO

LA INFORMACION SIGUIENTE ES FUNDAMENTAL PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS AL PACIENTE EN LA UNIDAD MEDICA DE ORIGEN

INDICACIONES DE USO DE MEDICAMENTOS:

MEDICAMENTOS

NOMBRE GENERICO

DOSIS

TIEMPO DE ADMINISTRACION

REQUERIMIENTO MENSUAL

OTRAS MEDIDAS TERAPEUTICAS DE CONTROL

INCAPACIDAD

NO AMERITA INCAPACIDAD

☐

TIEMPO PROBABLE

DEBE CONTINUAR CON INCAPACIDAD

SI ☐ NO ☐

CUANDO

REQUIERE NUEVA VALORACION

SI ☐ NO ☐

NUMERO DE DIAS QUE AMPARA

ULTIMA INCAPACIDAD OTORGADA

RAMA DE SEGURO:

MATERNIDAD:

ENFERMEDAD GENERAL

☐

RIESGO DE TRABAJO

☐

ENLACE

☐

POSTNATAL

☐

MEDICO RESPONSABLE
(NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA)

MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA
(NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA)

9. PROSALUD





CONVENIOS TRIPARTITOS (PROSALUD)

- ✓ Convenio Tripartito CFE-IMSS-SUTERM
- ✓ Firmado el 05 de agosto de 2008
- ✓ Objetivos: Proteger la salud de los trabajadores, jubilados y sus beneficiarios
- ❑ Promover y difundir los Programas Integrados de Salud
- ❑ Promover la Salud, la Actividad Física y Deportiva, Orientación Nutricional, la Capacitación, el Desarrollo Cultural y el Bienestar Social
- ❑ Prevención, Detección y Control de las Adicciones, Enfermedades y Accidentes

COMPROMISOS DEL IMSS

1. Dar a conocer las estrategias de los Programas Integrados de Salud en el marco del PROSALUD
2. Dar Asesoría para su implantación y desarrollo
3. Proporcionar las cartillas y días para el cuidado de la salud





4. Organizar y conducir la operación de los Módulos PROSALUD ubicados en los centros laborales
5. Instruir a los médicos y enfermeras de los Módulos de PROSALUD que formen parte de los Comités Tripartitas Locales (Bases de Coordinación)
6. Aplicar las estrategias del Programa en centros de trabajo donde no se cuente con personal médico de enfermería del IMSS
7. Seguimiento e Informe semestral conjunto CFE-IMSS-SUTERM

COMPROMISOS CFE-SUTERM

1. Favorecer la difusión de PROSALUD a todos los trabajadores en los centros de trabajo, instalaciones del SUTERM y personal médico
2. Dar seguimiento y evaluar el impacto, informando en Comisiones Tripartitas Locales y Estatales





COMITÉS TRIPARTITOS

Comité Nacional:

Directores Generales IMSS-CFE, Secretario General SUTERM, Directores de Prestaciones Médicas, Económicas y Sociales del IMSS, Directores de Administración y Operación de CFE y Secretario de Previsión Social SUTERM

Comité Estatal:

Delegado IMSS, Gerentes Divisionales-Regionales CFE y Coordinador Regional del SUTERM

Comité Local:

Directores de UMF, Centros de Seguridad Social y de Unidad Deportiva del IMSS, Superintendentes de Zona, Jefes de Centros de Trabajo y Jefes de Seguridad Social Seccionales de CFE, Secretarios General y de Previsión Social del SUTERM

ATRIBUCIONES

Comité Nacional:

1. Evaluaciones semestrales de las metas alcanzadas
2. Gestión de Recursos
3. Difusión de Estrategias
4. Otorgar reconocimientos y estímulos con base en la evaluación





Comité Estatal

1. Evaluación a las metas alcanzadas cada tres meses e informar semestralmente al Comité Nacional
2. Apoyar a los Comités Locales
3. Supervisar acciones de acuerdo a estrategias
4. Supervisar asignación de los recursos
5. Proponer acciones de mejora

Comité Local:

1. Conocer las condiciones de salud de los trabajadores en los centros de trabajo
2. Acciones para mejorar la salud, resultados e impacto
3. Difundir y realizar acciones prioritarias según necesidades
4. Informes trimestrales sobre efectividad de Programas
5. Aplicar los Recursos para el desarrollo de PROSALUD
6. Favorecer la interlocución de los intereses y necesidades de los trabajadores



PROSALUD: Es la aplicación conjunta de los Programas Integrados de Salud y las acciones de Prestaciones Sociales.

- ✓ Lograr la Prevención y Promoción de la Salud para propiciar el mejoramiento de la calidad de vida. Favorecer la productividad y competitividad de las Empresas.
- ✓ Los Módulos de Fomento a la Salud se transforman en Módulos PROSALUD, conservando su personal.
- ✓ Una enfermera en los centros de trabajo que cuenten con 500 o más trabajadores o, si el tiempo de traslado hacia a las unidades médicas del centro de trabajo es mayor a dos horas.

ACCIONES

- ✓ Implantación de Atención Preventiva Integrada.
- ✓ Entrega informada de cartillas y guías para el cuidado de la salud.
- ✓ Grupos de ayuda, sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo y violencia familiar.
- ✓ Evaluación del estado de nutrición.
- ✓ Aplicación de vacunas de acuerdo a la edad y sexo.
- ✓ Detección: Diabetes, HTA, Ca CU, Ca de Mama.

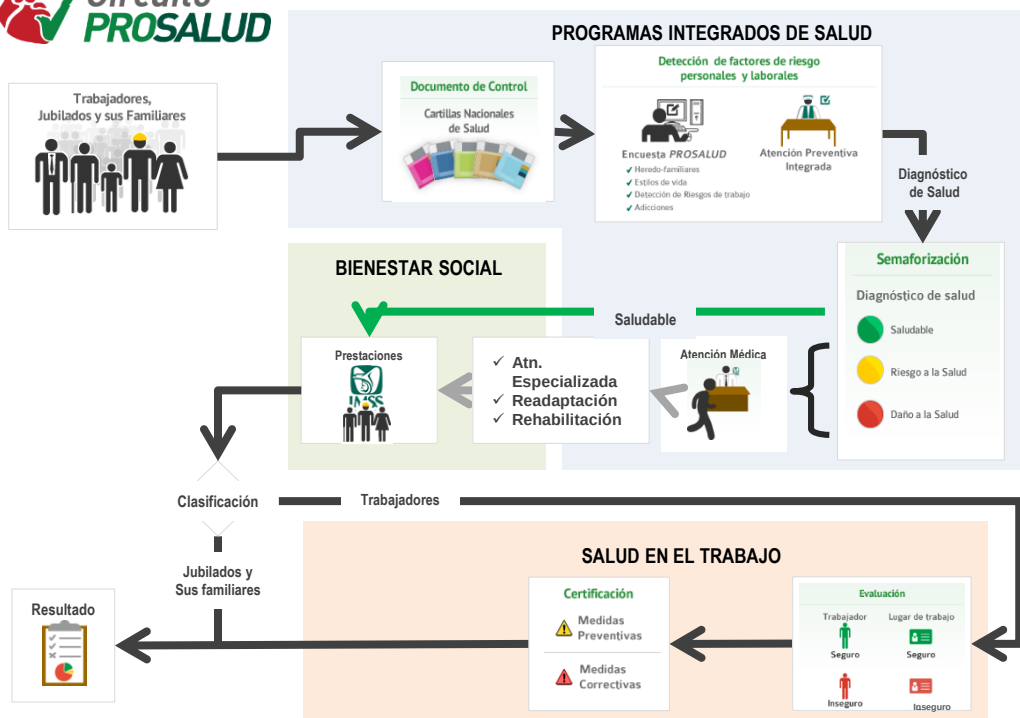


- ✓ Otorgamiento de Métodos Anticonceptivos
- ✓ Cuidados durante el embarazo, puerperio y lactancia
- ✓ Atención al climaterio y menopausia
- ✓ Atención en Unidades Médicas más cercanas
- ✓ Asesoría para Integración de Comisiones de Seguridad e Higiene
- ✓ Aplicación del Modelo Computarizado PROSALUD
- ✓ Diagnóstico situacional y factores de riesgo
- ✓ Vigilancia y control de los riesgos a la salud
- ✓ La seguridad e higiene en el ambiente de trabajo
- ✓ Mediciones con equipo de campo
- ✓ Ambiente de trabajo libre de humo de tabaco
- ✓ Propuesta de uso de instalaciones
- ✓ Centros de Extensión de Conocimientos/Capacitación
- ✓ Pausa para la Salud, Gimnasia Laboral, Integración de Equipos Deportivos y Torneos
- ✓ Baile de Salón y otros Eventos de Socialización
- ✓ Orientación Alimentaria y Autocontrol de Peso
- ✓ Propuesta de Grupos de Autoayuda
- ✓ Presentación Grupos Artísticos y Culturales
- ✓ Ferias de la Salud, Jornadas de Salud, Semanas de Educación para la Salud.

ACCIONES

Evaluación

- ✓ Indicador de Eficiencia: %, trabajadores con API
- ✓ Indicadores de Eficacia: Centros Laborales con diagnósticos de Factores de Riesgo, Asistencia a Reuniones Tripartitas
- ✓ Indicadores de Cobertura: % API, Centros de Trabajo sin humo
- ✓ Indicadores de Impacto: Baja de peso, actividad física, tabaquismo, alcohol, adicciones, accidentes de trabajo, días de incapacidad





10. GUARDERÍAS





LEY DEL SEGURO SOCIAL

Artículo 201. El ramo de guarderías cubre el riesgo de no poder proporcionar cuidados durante la jornada de trabajo a sus hijos en la primera infancia, de la mujer trabajadora, del trabajador viudo o divorciado o de aquél al que judicialmente se le hubiera confiado la custodia de sus hijos, mediante el otorgamiento de las prestaciones establecidas en este capítulo.

Este beneficio se podrá extender a los asegurados que por resolución judicial ejerzan la patria potestad y la custodia de un menor, siempre y cuando estén vigentes en sus derechos ante el Instituto y no puedan proporcionar la atención y cuidados al menor.

El servicio de guardería se proporcionará en el turno matutino y vespertino pudiendo tener acceso a alguno de estos turnos, el hijo del trabajador cuya jornada de labores sea nocturna

Artículo 206. Los servicios de guarderías se proporcionarán a los menores a que se refiere el artículo 201 desde la edad de cuarenta y tres días hasta que cumplan cuatro años.

Artículo 207. Los asegurados a que se refiere esta Sección tendrán derecho al servicio a partir de que el trabajador sea dado de alta ante el Instituto y cuando sean dados de baja en el régimen obligatorio conservarán durante las cuatro semanas posteriores a dicha baja, el derecho a las prestaciones de este seguro.



REGLAMENTO PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE GUARDERÍA

Artículo 6.- La guardería infantil no es una unidad médica para los menores sino un servicio especial que comprende la guarda, custodia, aseo, alimentación, cuidado de la salud, educación y recreación de los hijos de los asegurados.

Artículo 7.- Para la prestación de los servicios, los asegurados mencionados en el artículo 3 de este Reglamento, deberán inscribir personalmente a sus hijos conforme a la normatividad administrativa establecida por el Instituto y presentarán los documentos siguientes:

I.- Del menor.

- a) Copia certificada y fotostática del acta de nacimiento.
- b) Comprobante de inscripción como beneficiario.
- c) Comprobante del examen médico de admisión efectuado por la unidad médica correspondiente.
- d) Cartilla nacional de vacunación actualizada de acuerdo a la edad, con los registros correspondientes de las vacunas aplicadas.
- e) Dos fotografías tamaño infantil.





II.- Del trabajador.

a) Comprobante de certificación de vigencia de derechos.

b) Constancia expedida por el patrón del asegurado, la cual deberá contener los datos siguientes:

Nombre o razón social, dirección, teléfono y registro patronal de la empresa, horario de trabajo, días de descanso, periodo vacacional y firma del patrón o de su representante. Esta constancia deberá tener fecha de expedición en un lapso no mayor a treinta días previos a la presentación de la misma.

c) Tres fotografías tamaño infantil.

d) Tres fotografías tamaño infantil de las personas autorizadas para recoger al menor en ausencia del trabajador. El número de personas autorizadas no excederá de tres, debiendo ser mayores de edad y preferentemente tener distinto domicilio entre sí. Además de los documentos anteriores deberán presentar:

III.- Del trabajador viudo.

a) Copia certificada del acta de defunción de la madre del menor.

IV.- Del trabajador divorciado.

a) Documento legal que compruebe que tiene la custodia del menor.





SOLICITUD DE INGRESO E INSCRIPCION A GUARDERIA DEL IMSS

INSCRIPCION:

GUARDERIA No.: _____ NUM. TELEFONICO: _____ FECHA DE ELABORACION: _____ No. DE SOLICITUD: _____

DATOS DEL MENOR:

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRE (S) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ PARA INGRESAR A LA SALA: _____ CURP: _____

DATOS DE LA TRABAJADORA O DEL TRABAJADOR (ASEGURADO):

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRE (S) _____

DOMICILIO: _____
CALLE _____ No. _____ COLONIA _____

CIUDAD _____ C.P. _____ TELEFONO (S): _____

CURP: _____ No. DE SEGURIDAD SOCIAL: _____ UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCION: _____

TIEMPO APROXIMADO DE TRASLADO DE SU CASA A LA GUARDERIA: _____ DE ESTA A SU TRABAJO: _____

DATOS GENERALES DEL LUGAR DE TRABAJO:

NOMBRE O RAZON SOCIAL _____

DOMICILIO: _____
CALLE _____ No. _____ COLONIA _____ C.P. _____

HORARIO DE TRABAJO: _____ TELEFONO(S): _____ EXT.(S): _____

REGISTRO PATRONAL: _____

SOLICITO EL SERVICIO EN OTRA GUARDERIA:

SI

☐

NO

☐

INDIQUE CUAL(ES): _____

DE INGRESAR EN OTRA GUARDERIA, LE AGRADECEREMOS CANCELAR TELEFONICAMENTE ESTA SOLICITUD.

NOMBRE Y FIRMA DE LA DIRECTORA

FIRMA O HUELLA DE LA TRABAJADORA O DEL TRABAJADOR (ASEGURADO)

INGRESO:





11. RECURSO DE INCONFORMIDAD Y JUICIO DE NULIDAD



LEY DEL SEGURO SOCIAL

Artículo 294. Cuando los patrones y demás sujetos obligados, así como los asegurados o sus beneficiarios consideren impugnabile algún acto definitivo del Instituto, podrán recurrir en inconformidad, en la forma y términos que establezca el reglamento, o bien proceder en los términos del artículo siguiente.

REGLAMENTO DEL RECURSO DE INCONFORMIDAD

Artículo 1. El recurso de inconformidad señalado en el artículo 294 de la Ley del Seguro Social, se tramitará conforme a las disposiciones de este Reglamento y a falta de disposición expresa, se aplicarán supletoriamente el Código Fiscal de la Federación, la Ley Federal del Trabajo, el Código Federal de Procedimientos Civiles o el derecho común, siempre que las disposiciones de dichos ordenamientos no contravengan la Ley del Seguro Social o sus reglamentos.

El Secretario del Consejo Consultivo Delegacional correspondiente, tramitará el recurso con apoyo de los Servicios Jurídicos Delegacionales y estará facultado para dejar sin efectos el acto impugnado, en aquellos casos en que se advierta notoriamente que el mismo encuadra en alguna de las causales que señalan los artículos 38 o 238 del Código Fiscal de la Federación.



Artículo 4. El escrito en que se interponga el recurso de inconformidad **deberá contener lo siguiente:**

I. Nombre y firma del recurrente; domicilio para oír y recibir notificaciones, así como el número de su registro patronal o de seguridad social como asegurado, según sea el caso. En caso de que el promovente no sepa o no pueda firmar o estampar su huella digital, lo podrá realizar otra persona en su nombre;

II. Acto que se impugna y, en su caso, número y fecha de la resolución, número de crédito, periodo e importe, fecha de su notificación y autoridad emisora del mismo;

III. Hechos que originan la impugnación;

IV. Agravios que le cause el acto impugnado;

V. Nombre o razón social del patrón o, en su caso, del sindicato de trabajadores titular del contrato colectivo de trabajo, así como el domicilio en donde puedan ser notificados, para los casos previstos en el artículo 7 de este Reglamento, y

VI. Pruebas que se ofrezcan, relacionadas con el acto impugnado.

Si el escrito por el cual se interpone el recurso de inconformidad fuere oscuro, irregular, o no cumpliera con



los requisitos señalados en este precepto, el Secretario del Consejo Consultivo Delegacional prevendrá al recurrente, por una sola vez, para que lo aclare, corrija o complete de acuerdo con las fracciones anteriores, y señalará en concreto sus defectos u omisiones, con el apercibimiento de que, si el recurrente no cumple dentro del término de cinco días, lo desechará de plano.

Artículo 5. El promovente deberá acompañar al escrito en que interponga su recurso:

- I. El documento en que conste el acto impugnado;
- II. Original o copia certificada de los documentos que acrediten su personalidad cuando se actúe a nombre de otro. En caso de que el asunto no exceda de mil veces el salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal, y se trate de una persona física, bastará con que exhiba carta poder firmada por el otorgante ante dos testigos; cuando exceda de este monto o se actúe como representante legal de una persona moral, se deberá exhibir el poder notarial que así lo acredite;
- III. Constancia de notificación del acto impugnado, excepto cuando el promovente declare bajo protesta de decir verdad que no recibió la misma, y
- IV. Las pruebas documentales que ofrezca.

Cuando las pruebas documentales no obren en poder del recurrente, si legalmente se encuentran a su disposición, deberá señalar el lugar o archivo en que se ubiquen, identificando con precisión dichos documentos. Bastará que el promovente acompañe la copia de la solicitud de expedición, sellada de recibida por la autoridad que tenga en su poder los documentos, para que se tengan por ofrecidas las mismas. De no cumplirse con este supuesto, se desechará la prueba.

Se entiende que el recurrente tiene a su disposición los documentos, cuando legalmente pueda obtener copia autorizada de los originales o de las constancias de éstos.

En el caso de que el recurrente ofrezca pruebas que obren en poder de dependencias del propio Instituto, el Secretario del Consejo Consultivo Delegacional, a petición del promovente, ordenará a dichas dependencias su remisión para ser integradas al expediente respectivo. Para tal efecto, el recurrente deberá identificar con toda precisión dichas pruebas; en caso de no identificarlas, se entenderá que el recurrente por sí aportará las mismas.

Cuando no se acompañe alguno de los documentos a que se refieren las fracciones I, II y, en su caso, III de este numeral, se estará a lo dispuesto por el párrafo último del artículo anterior. Por cuanto hace a las pruebas ofrecidas que no sean exhibidas, se tendrán por no presentadas.



Artículo 6. El recurso de inconformidad se interpondrá dentro de los **quince días hábiles siguientes a la fecha en que surta efectos la notificación del acto definitivo** que se impugne.

El escrito en que se interponga el recurso será dirigido al Consejo Consultivo Delegacional y se presentará directamente en la sede delegacional o subdelegacional que corresponda a la autoridad emisora del acto impugnado.

También podrá presentarse por correo certificado con acuse de recibo, en los casos en que el recurrente tenga su domicilio fuera de la población donde se encuentre la sede delegacional o subdelegacional.

Se tendrá como fecha de presentación del escrito respectivo, aquélla que se anote a su recibo en la oficialía de partes o la de su depósito en la oficina postal.

Si el recurso se interpone extemporáneamente será desechado de plano. Si la extemporaneidad se comprobara durante el procedimiento, se sobreseerá el recurso.

En el caso de las presentaciones del escrito ante las delegaciones o subdelegaciones, previamente al envío de éste a los servicios jurídicos delegacionales, las citadas autoridades deberán agregar al expediente todas las constancias administrativas o, en su caso, médicas que sean necesarias para lograr la pronta y expedita resolución del recurso.



RECURSOS ADMINISTRATIVOS Y JUICIO DE NULIDAD. SUS DIFERENCIAS.

Existen distintos medios de protección administrativos y jurisdiccionales, establecidos a efecto de lograr la extinción de actos administrativos contrarios a derecho. Esos medios se han considerado de dos tipos: indirectos y directos. En los primeros el gobernado afectado no tiene intervención alguna ya que constituyen, por un lado, mecanismos de autotutela administrativa derivados del poder de revisión que ejercen los órganos superiores sobre los inferiores y que consisten en la supervisión de la actuación de sus subordinados a fin de verificar su legalidad y oportunidad. Por su parte, en los medios directos, la participación de los gobernados es fundamental, ya que sin ella no tiene lugar esta forma de control. Dentro de ellos encontramos los recursos administrativos, así como los procesos jurisdiccionales, bien sea ante tribunales administrativos o ante tribunales judiciales. Estos medios de control constituyen una garantía para la protección de los derechos de los gobernados, y tienen como fin la revisión de la legalidad de la actuación administrativa, con el propósito de encauzarla dentro del marco legal. Algunas diferencias entre los recursos administrativos y el juicio de nulidad, son: a) La autoridad que conoce de los recursos administrativos, generalmente es la misma que emitió el acto o su superior jerárquico. En cambio la autoridad que resuelve el juicio de nulidad, es una autoridad ajena a la autoridad que emitió el acto impugnado, autónoma e independiente del poder al que pertenece. b) Los efectos de los recursos administrativos pueden ser de simple anulación, de reforma del acto impugnado, o de reconocimiento de un derecho.

Los efectos del juicio de nulidad son de mera anulación y de plena jurisdicción, en este último caso, sólo a efecto de reconocer y reparar un derecho subjetivo del actor, lesionado por el acto impugnado, teniendo el alcance no sólo de anular el acto, sino también de fijar los derechos del recurrente y condenar a la administración a restablecer y a hacer efectivos tales derechos. c) En los recursos administrativos, la autoridad que conoce de los mismos se sujeta a los agravios y cuando es el superior jerárquico, en algunos casos, al examen de la oportunidad del acto impugnado. En el juicio contencioso administrativo, el tribunal se sujeta a los agravios y en algunos casos está facultado para analizar oficiosamente algunas cuestiones, como la incompetencia de la autoridad que emitió la resolución impugnada y la ausencia total de fundamentación y motivación. d) La función del recurso administrativo es el control en la administración, con el objeto de lograr la eficacia de su actuación, que es de orden público, y no a la tutela de intereses particulares, no obstante que el particular resulte beneficiado, puesto que cuando éste interpone el recurso, existe colaboración de su parte para lograr la eficiencia administrativa. En cambio en el juicio de nulidad, la función del tribunal es dirimir conflictos que se susciten entre la administración pública y los particulares. e) Por tanto, los recursos administrativos no implican una función jurisdiccional, sino simplemente administrativa, a diferencia del juicio de nulidad, en el que sí existe una verdadera controversia entre el particular afectado y la administración pública, por lo que realiza una función jurisdiccional.

En ese orden de ideas, cuando una Sala del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa declara la nulidad de una resolución que negó la devolución de impuestos, en términos de los artículos 238, fracción IV y 239, fracción III, del Código Fiscal de la Federación, no debe ser para efectos de indicar a la autoridad administrativa la forma en que debe proceder, al analizar si es procedente o no la devolución de impuestos solicitada por el actor, como si fuera superior jerárquico de la autoridad que emitió el acto impugnado (no obstante que es un tribunal ajeno a la administración pública) y asumiendo plena jurisdicción, pero no para tutelar un derecho del gobernado.

SEGUNDO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA DEL CUARTO CIRCUITO. Amparo directo 282/2004. Óscar J. Adame Garza. 9 de marzo de 2005. Unanimidad de votos. Ponente: José Carlos Rodríguez Navarro. Secretaria: Rebeca del Carmen Gómez Garza.



JUICIO DE NULIDAD

CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN

Artículo 125.- El interesado podrá optar por impugnar un acto a través del recurso de revocación o promover, directamente contra dicho acto, juicio ante el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa. Deberá intentar la misma vía elegida si pretende impugnar un acto administrativo que sea antecedente o consecuente de otro; en el caso de resoluciones dictadas en cumplimiento de las emitidas en recursos administrativos, el contribuyente podrá impugnar dicho acto, por una sola vez, a través de la misma vía.

Si la resolución dictada en el recurso de revocación se combate ante el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, la impugnación del acto conexo deberá hacerse valer ante la sala regional del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa que conozca del juicio respectivo.

Los procedimientos de resolución de controversias previstos en los tratados para evitar la doble tributación de los que México es parte, son optativos y podrán ser solicitados por el interesado con anterioridad o posterioridad a la resolución de los medios de defensa previstos por este Código. Los procedimientos de resolución de controversias son improcedentes contra las resoluciones que ponen fin al recurso de revocación o al juicio ante el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa.





12. CIRCULARES CFE - SUTERM





PRESTACIÓN DE LENTES

Circular SPS*002*2012

**COORDINADORES Y DELEGADOS REGIONALES,
DELEGADOS DE OFICINAS NACIONALES,
SECRETARIOS GENERALES Y DE PREVISION SOCIAL
DE LOS COMITES EJECUTIVOS SECCIONALES,
ASOCIACIONES DE JUBILADOS DEL SUTERM
Presentes.**

El Comité Ejecutivo Nacional del SUTERM hace de su conocimiento que la prestación establecida en la Cláusula 62 "Riesgos No Profesionales", inciso c) punto 7 del Contrato Colectivo de Trabajo, señala que se otorgaran cristales graduados o micas, cuando sean necesarios a juicio del oftalmólogo de la CFE (considerándose como tal al especialista del Seguro Social), así como los armazones cuyo costo no exceda de \$1,750.00 (Un mil setecientos cincuenta pesos 00/100 M.N.). En el segundo párrafo menciona que se proporcionarán lentes especiales cuando por prescripción del oftalmólogo el paciente lo requiera.

Cuando en la prescripción médica estén señaladas características especiales de los cristales o micas como **Antirreflejante, Fotogray, Transitions, HighIndex, Flat Top, monofocales, bifocales, multifocales y otros**, el costo total debe ser cubierto por la administración de CFE. Cualquier otra característica no prescrita por el médico tratante, queda fuera de la obligación contractual para ser cubierta por la Institución.

De estas consideraciones, el SUTERM no tiene convenio establecido con la administración de CFE, para que se obligue al trabajador o sus beneficiarios al pago o retribución por concepto de cristales o micas graduadas.

Asimismo todos los trabajadores sindicalizados están en libertad de adquirir sus lentes graduados bajo prescripción del oftalmólogo de CFE, en el sitio que más convenga a sus intereses, siempre y cuando se ajusten a lo establecido en el Contrato Colectivo de Trabajo.

ATENTAMENTE
"POR LA EMANCIPACIÓN DE MÉXICO"
México, D.F. a 18 de enero de 2012
POR EL COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL

SR. VÍCTOR FUENTES DEL VILLAR
SECRETARIO GENERAL

ING. ALEJANDRO CHAVEZ ANGUIANO
SECRETARIO DE PREVISION SOCIAL

cc:
Dr. Alejandro Samuano Ventura, Director de Administración de la CFE.
Ing. Luis Carlos Hernández Ayala, Director de Operación de la CFE.

ACHAMEVU



PRESTACIÓN DE LENTES



SINDICATO UNICO DE TRABAJADORES ELECTRICISTAS
DE LA REPUBLICA MEXICANA

REGISTRO No. 2001

HEMOS - CONSULTA DE
17-05-25-06, 11-06-06-06
17-06-06-06, 02-06-06-06

**A TODOS LOS COORDINADORES
SINDICALES, SECRETARIOS SECCIONALES
Y DELEGADOS DE OFICINAS NACIONALES:
P R E S E N T E.**

Hemos tenido conocimiento de que en algunas áreas del interior de la República a trabajadores activos y jubilados se le exige, al hacer uso de la prestación expresada en la cláusula 62 RIESGOS NO PROFESIONALES, Fracción I (Salarios, prestaciones y Atención), INCISO C, Núm. 7; que realicen la compra de cristales graduados, micas y/o armazones con proveedores que designa Comisión Federal de Electricidad.

Ante este hecho irregular les manifiesto que los trabajadores están en libertad de adquirir estos artículos en el sitio que mas convenga a sus intereses siempre y cuando se ajusten a lo pactado, ya que en la citada cláusula no se especifica que CFE seleccionará donde comprarlos, por lo que deben ustedes de intervenir para que se cumpla con esta prestación en los términos de nuestro Contrato Colectivo en vigor.

**"POR LA EMANCIPACIÓN DE MÉXICO"
MÉXICO, D.F., A 25 de JULIO de 2006.
POR EL COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL**

**C. VÍCTOR FUENTES DEL VILLAR
SECRETARIO GENERAL**



PRESTACIÓN DE LENTES REGLAMENTO INTERIOR

CAPÍTULO II Obligaciones de CFE

Artículo 3.- Sin perjuicio de las obligaciones generales que establecen la Ley Federal del Trabajo, el Contrato Colectivo de Trabajo Vigente o el Manual de Trabajo para Servidores Públicos de Mando, la CFE se obliga a:

- I. Proporcionar el número suficiente de asientos o sillas para uso de los trabajadores.
- II. Cubrir el costo de licencias y resellos a que se hace referencia en la Cláusula 48.- LICENCIAS, FIANZAS Y SEGUROS del Contrato Colectivo de Trabajo Vigente, conforme al Anexo 1 que se acompaña al presente que incluye el listado de puestos que cumplan con esta condición.
- III. Proporcionar en términos de la Cláusula 62.- RIESGOS NO PROFESIONALES, fracción I, inciso c), numeral 7 del Contrato Colectivo de Trabajo Vigente o el Manual de Trabajo para Servidores Públicos de Mando, cristales graduados o micas, debiendo considerar lo siguiente:
 - a. Se otorgará esta prestación con una periodicidad de 2 años.
 - b. La Subgerencia de Seguridad Social, o su equivalente, considerando el cambio de diagnóstico emitido por el oftalmólogo de la CFE, podrá autorizar el cambio de cristales graduados o micas antes del plazo señalado en el inciso anterior.



PROHIBICIÓN DE EXÁMENES DE NO GRAVIDEZ Y DE VIH-SIDA

CFE *Una empresa
de clase mundial*

Dirección de Administración
Gerencia de Relaciones Laborales

"2011. Año del Turismo en México".

Circular No. 1353



México D.F. a - 1 AGO 2011

**A LOS SEÑORES:
SUBDIRECTORES
GERENTES DE OFICINAS NACIONALES
GERENTES DIVISIONALES DE DISTRIBUCIÓN
GERENTES REGIONALES DE PRODUCCIÓN
GERENTES REGIONALES DE TRANSMISIÓN
JEFES DE LAS ÁREAS DE CONTROL
RESIDENTES REGIONALES DE CONSTRUCCIÓN
P R E S E N T E S.**

En el marco de los trabajos que ha iniciado la CFE, con el apoyo del SUTERM, para lograr la igualdad laboral entre mujeres y hombres, a fin de obtener la certificación en el Modelo de Equidad de Género, el Director de Administración ha instruido la prohibición explícita de practicar exámenes de NO gravedad y de VIH-Sida, como requisito de contratación.

Por lo expuesto, agradeceré a ustedes giren sus apreciables instrucciones a los órganos responsables de tal proceso, a fin de aplicar estrictamente la disposición mencionada.

ATENTAMENTE


**LIC. SERGIO SÁAVEDRA ARELLANO
GERENTE DE RELACIONES LABORALES**

- c.c.p.- Maestro Antonio Vivanco Casamadrid.- Director General.
- c.c.p.- Sr. Víctor Fuentes del Villar.- Secretario General del CEN del SUTERM.
- c.c.p.- Dr. Alejandro Somuano Ventura.- Director de Administración.
- c.c.p.- Ing. José Abel Valdés Campoy.- Director de Operación
- c.c.p.- Lic. Francisco Santoyo Vargas.- Director de Finanzas.
- c.c.p.- Ing. Eugenio Laris Alanís.- Director de Proyectos de Inversión Financiada.
- c.c.p.- Lic. Francisco Acosta Arredondo.- Director de Modernización.
- c.c.p.- Ing. Nereo Vargas Velázquez.- Secretario de Trabajo del CEN del SUTERM.
- c.c.p.- Lic. Lic. Sylvia Pérez Campuzano.- Titular de la Unidad para la Transparencia.
- c.c.p.- Dr. Juan Ramos Morales.- Subgerente de Seguridad e Higiene.

13. SEGUROS





SEGUROS PARA LOS TRABAJADORES DEL SUTERM

- Seguro de Grupo Vida para Trabajadores (Banorte)
- Seguro de Grupo de Vida para Trabajadores Eventuales (Banorte)
- Seguro de Grupo Deudores FHSSTE (La Latinoamericana)
- Seguro Plan Mujer (QBE)
- Seguro Voluntario de Automóviles (Banorte)



CLÁUSULA 72.- DESCUENTOS SINDICALES

La CFE se obliga a descontar del salario de los trabajadores, los conceptos que adelante se indican

b) Los descuentos para el Fondo de Habitación y Servicios Sociales de los Trabajadores Electricistas, Seguro de Vida de los Trabajadores y Fondo Común de Préstamos, que se harán en los términos de los reglamentos respectivos.

Todos los acuerdos sindicales que den lugar a cuotas extraordinarias u otros descuentos, deberán ser autorizados por el Comité Ejecutivo Nacional del SUTERM y notificados por escrito a la CFE, para su debida ejecución.

c) El trabajador deberá cubrir la prima del Seguro de Vida y las cuotas sindicales que correspondan al periodo de permiso sin goce de salario y CFE deberá descontar esas cantidades al reincorporarse el trabajador. Asimismo, la Comisión efectuará los descuentos adicionales y proporcionales que correspondan, a los adeudos que hubiere tenido pendientes el trabajador.

La CFE no demandará compensación alguna por la prestación de este servicio.



SEGUROS

BANORTECONSENTIMIENTO **SUTERM**

PÓLIZA No. 3828

SEGURO DE GRUPO VIDA PARA TRABAJADORESBASE ☐ CONFIANZA ☐ JUBILADO ☐ TEMPORAL ☐ OTRO ☐

COBERTURAS	SUMA
AMPARADAS	ASEGURADA
MUERTE	
MUERTE ACCIDENTAL	
PÉRDIDAS ORGÁNICAS	

NOMBRE(S) DEL ASEGURADO			APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO				
DIRECCIÓN						TELÉFONO				
FECHA DE NACIMIENTO			R.P.E. o R.T.T.			SECCIÓN SINDICAL		NÚMERO DE SECCIÓN		
AÑO			MES			DÍA				
OCUPACIÓN o CATEGORÍA				No. IMSS				CURP		
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS										
NOMBRE		APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			*PARENTESCO		PORCENTAJE

* Para efectos de identificación

Importante: En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

AVISO DE PRIVACIDAD: SEGUROS BANORTE S.A. de C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 Poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato de seguro celebrado; así como para finalidades de prospección comercial exceptuando para este propósito los datos sensibles, financieros y/o patrimoniales. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6, en el sitio web www.segurosbanorte.com.mx.

En virtud de la solicitud presentada a Seguros Banorte, S.A. de C.V. por el contratante, otorgo mi consentimiento para ser Asegurado en la póliza que se indica.

LUGAR

FECHA

(Firma en original cada hoja)

NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO

EN CASO DE FIRMAR CON HUELLA DIGITAL, TENDRÁ QUE CERTIFICARSE ANTE NOTARIO PÚBLICO ESTE DOCUMENTO

SELLO DE LA SECCIÓN SINDICAL

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE SINDICAL

ESTA DESIGNACIÓN REVOCA CUALQUIER OTRA HECHA CON ANTERIORIDAD

AQUI VA MARGINAL

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-50001-0149-2011 de fecha 06 de Julio de 2011.

Seguros Banorte, S.A. de C.V. Hidalgo No. 250 Pte. Col. Centro Monterrey N.L. C.P. 64000, Centro de Atención: 01 800 500 2500.





SEGURO DE GRUPO VIDA PARA TRABAJADORES
(BANORTE)

TABLA PARA LA COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Por la pérdida de:	% de la Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos.	100%
Una mano y un pie.	100%
Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.	100%
Una mano o un pie.	50%
La vista de un ojo.	30%
El dedo pulgar de cualquier mano.	15%
El dedo índice de cualquier mano.	10%
El dedo medio o anular o el meñique de cualquier mano	5%



“Es muy importante que los Secretarios Generales revisen que todos los trabajadores tengan sus Certificados de Consentimiento actualizados ante la Secretaría de Finanzas, con copia de su Credencial de Elector, en particular al personal de nuevo ingreso .”

Este seguro se otorga con costo a todos los trabajadores sindicalizados del SUTERM que laboran para CFE , Productores Independientes de Energía, Productores de Autoabastecimiento, así como a todos los trabajadores que estén regidos por el Contrato Colectivo de Trabajo para operación,.

Cobertura por Fallecimiento. Si el compañero asegurado fallece durante la vigencia del seguro contratado y se han cubierto las primas correspondientes al Seguro, la Aseguradora pagará a los beneficiarios la Suma Asegurada.

Muerte Accidental (MA). Si a consecuencia de un accidente (cubierto por la póliza) el Asegurado fallece dentro de los 90 días siguientes a la fecha de dicho accidente y se han cubierto las primas correspondientes, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados, la Suma Asegurada

Pérdidas Orgánicas (POA). Si a consecuencia de cualquier Accidente cubierto y dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas descritas **en la Tabla respectiva**, la Aseguradora pagará el porcentaje correspondiente a la pérdida, respecto de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Es responsabilidad de cada trabajador verificar que se le descuenta catorcenalmente la prima del seguro en su recibo de nómina.



SEGURO FHSSTE

Seguro de Vida e Invalidez Total y Permanente

Los préstamos hipotecarios que otorgue el FHSSTE a los trabajadores de la CFE y sus EPS, estarán salvaguardados por un seguro de vida e invalidez total y permanente, con cargo al trabajador, por el saldo insoluto del préstamo.

El costo de la prima será determinada anualmente, ésta se distribuirá en 26 catorcenos determinando la cantidad fija que cubrirá el trabajador, o en su caso el jubilado, y se le hará un cargo descontando este concepto en forma catorcenal sin causa de intereses. En caso de que el trabajador dejare de percibir ingreso vía nómina y el descuento del seguro de vida e invalidez no se aplique, la vigencia del mismo se interrumpe y no estaría obligada la empresa aseguradora a cubrir el pago en caso de algún siniestro.





**CONSENTIMIENTO
SEGURO DE VIDA GRUPO**



Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Declaro que he leído el aviso de privacidad de La Latinoamericana, Seguros, S.A., mismo que se encuentra al final de este documento y estoy de acuerdo en que el tratamiento y uso de los datos personales proporcionados en este documento se efectúe por esa institución en los términos de dicho aviso. Por lo anterior es que el llenado del presente es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a dicha institución para el tratamiento de los mismos.

Datos de la póliza		
Póliza _____	Certificado _____	Filial _____ Categoría _____
Nombre completo del Contratante _____		
COMISION FEDERAL DE ELECTRICIDAD		
Datos del Asegurado		
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) _____		
		Masculino ☐ Femenino ☐
Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año _____	Número de Crédito _____	Registro Permanente de Empleado (R.P.E.) _____
Datos de los Beneficiarios		
Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada. Designo como Beneficiario Preferente a la Comisión Federal de Electricidad de manera irrevocable y se confiere a este derecho el pago de una cantidad equivalente al Saldo Insoluto del Crédito Hipotecario para vivienda que me fue otorgado por el Fondo de la Habitación de CFE, pero sin exceder de la Suma Asegurada Convenida en la presente póliza; el remanente se deberá pagar a los beneficiarios que a continuación designo:		
Nombre	Porcentaje	Parentesco
Nombre y Firma del Asegurado _____  La Latinoamericana Seguros SA.		
Lugar y fecha _____		

Eje Central Lázaro Cárdenas 2, 8° Piso, 06007, Ciudad de México, Tel.: 5130-2800 latinoamericanoseguros.com.mx



14. CIJUBILA





CIJUBILA, es el sistema de cuentas individuales de jubilación del plan de retiro de los trabajadores, cuyo fondo se opera bajo la modalidad de un fondo de previsión social, constituido por la CFE (Comisión Federal de Electricidad) y el SUTERM (Sindicato Único de Trabajadores Electricistas de la República Mexicana), a fin de complementar los beneficios previstos por la Ley del Seguro Social, en materia de pensiones de retiro de los trabajadores.

El fondo de jubilación denominado Cuenta Individual de Jubilación (CIJUBILA), es un sistema de contribución definida, creado y operado por la CFE y el SUTERM, en el cual, los trabajadores así como la CFE realizan aportaciones, con el único objetivo de aumentar el monto de la jubilación.

Aplica a todos los trabajadores de la CFE que hayan ingresado a partir del 19 de agosto de 2008, permanentes y temporales, sindicalizados y de confianza.

Con independencia del importe que resulta de las aportaciones obligatorias establecidas en la Ley del Seguro Social, la CFE y los propios trabajadores realizan aportaciones obligatorias al CIJUBILA actualmente equivalentes a un 16.7% del [salario base de integración*](#) (*definido en las Reglas de Operación). Para estos efectos, se realizan los descuentos catorcenalmente de la aportación al Fondo de Ahorro.



El trabajador cuenta con un monto de jubilación asegurado. En el caso de una incapacidad permanente o invalidez, el trabajador podrá solicitar el total de su fondo, o bien, transferirlo de forma total o parcial a su AFORE con el fin de alcanzar el monto constitutivo necesario para tener derecho a la pensión del IMSS por incapacidad permanente o invalidez o, en su caso, incrementar el monto de dicha pensión.

En caso de muerte, el fondo del trabajador será transferido a su AFORE, donde sus beneficiarios podrán solicitar el monto acumulado.

En caso de que el trabajador se retire de la empresa antes de cumplir 5 años de servicio, se le devolverán sus propias aportaciones más los rendimientos que éstas hayan generado; si se retira después de 5 años de servicio, se le entregarán sus propias aportaciones, las de la empresa y los rendimientos generados. En ambos casos, los recursos se transferirán a su AFORE.

La administradora del fondo de CIJUBILA (actualmente Afore XXI Banorte) envía al trabajador un estado de cuenta una vez por año a su centro de trabajo. Vía Internet puede consultarlo en la página: www.xxi-banorte.com seleccionando: Servicios en Línea> Pensión Privada>Aquí e ingresando sus datos (usuario: No. IMSS, contraseña: RPE o RTT), o bien, puede llamar a los teléfonos del Centro de Atención Sindical.

Más información <http://www.suterm.mx/es/cijubila>





CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO, CLÁUSULA 69.- JUBILACIONES

La jubilación es un derecho y su ejercicio optativo para los trabajadores. Para ello, Comisión y Sindicato convinieron, que en adición al sistema vigente de jubilaciones que se señala en el Apartado Primero de esta Cláusula, se establezca un nuevo régimen para la Nueva Generación, el cual se establece en el Apartado Segundo de la presente Cláusula.

El Apartado Primero es aplicable a los trabajadores que sean titulares de una plaza con anterioridad al 18 de agosto de 2008, así como aquellos trabajadores temporales que la Comisión les reconozca una antigüedad anterior al 18 de agosto de 2008.

APARTADO SEGUNDO.- Los trabajadores de la Nueva Generación son los que ingresen a prestar sus servicios en Comisión a partir del 18 de agosto de 2008, o a los que Comisión les reconozca antigüedad a partir del 18 de agosto de 2008, quienes tendrán derecho a la jubilación conforme a lo siguiente:

Les será aplicable el nuevo sistema de jubilaciones con las aportaciones que se establecen en este Apartado más el interés generado, con el que podrán ejercer su derecho para el retiro, quedando el tiempo de servicios de la siguiente manera: hombres, 30 años de servicios y 65 años de edad o 40 años de servicios sin límite de edad, y mujeres, 30 años de servicios y 60 años de edad o 35 años de servicios sin límite de edad.



Los trabajadores que hubieren laborado durante 15 años de trabajo en líneas vivas o energizadas, entendiéndose como tales las que se precisan en el inciso w) de la Cláusula 3.- DEFINICIONES de este Contrato, podrán ser reubicados hasta cumplir 30 años de servicio sin límite de edad.

Para el financiamiento del nuevo sistema de jubilaciones de los trabajadores de la Nueva Generación que se rigen por este Apartado y a fin de lograr las mejores condiciones posibles en cuanto a este beneficio se refiere, se constituye de la siguiente forma:

1. La CFE y los trabajadores realizarán las aportaciones que a cada uno les corresponda, de conformidad con el régimen obligatorio previsto por la Ley del Seguro Social.

2. Con independencia del importe que resulta de las aportaciones obligatorias establecidas en la Ley del Seguro Social, la CFE y los propios trabajadores realizarán aportaciones obligatorias al Fondo de Jubilación (CIJUBILA) equivalentes a un 12.5% del salario base de integración (definido en las Reglas de Operación CIJUBILA), correspondiéndole a CFE el 7.5% y al trabajador 5%. Para estos efectos, se realizarán los descuentos catorcenalmente de la aportación al Fondo de Ahorro a que se refiere la Cláusula 65.- FONDO DE AHORRO del presente Contrato, complementándose su monto con la aportación de la Comisión, las cuales se verán reflejadas en la catorcena del pago del Fondo anterior.

NOTA:





NOTA: Los porcentajes vigentes al 2019 son:

Trabajador 6.70%; Empresa 10%

<https://www.xxi-banorte.com/afore/login.asp>



Administración de Fondos de Previsión Social

Usuario:

Contraseña:

En caso de que aún no tengas usuario y contraseña
favor de comunicarte con tu Administrador
o con tu área de Recursos Humanos



FUENTES DE INFORMACIÓN

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Ley Federal del Trabajo.

Ley del Seguro Social.

Reglamento de Prestaciones Médicas de la Ley del Seguro Social.

Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería.

Instructivo para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Guía de práctica clínica CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud).

Compendio de Convenios Tripartitos.

Contrato Colectivo de Trabajo CFE.

Reglamento Interior CFE.

Convenio de Sustancias Psicoactivas.

Página del IMSS <http://www.imss.gob.mx/>.





NOTAS



NOTAS



NOTAS



NOTAS



NOTAS



NOTAS



NOTAS