

ÁREA RESPONSABLE:	SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS SINDICALES
PROCEDIMIENTO:	TRÁMITE PARA LA COMPENSACIÓN POR RIESGOS EN EL TRABAJO
OBJETIVO ESTRATÉGICO:	ATENDER OPORTUNAMENTE EL OTORGAMIENTO DE LAS PRESTACIONES A QUE TIENEN DERECHO LOS TRABAJADORES, ASÍ COMO TRANSPARENTAR LAS MISMAS.

OBJETIVO

Realizar el trámite para determinar la procedencia de la compensación denominada “Pago por Riesgos en el Trabajo” de servidores públicos de la rama médica, paramédica y afín, mediante el análisis de la Cédula que para tales efectos emite la unidad de adscripción, con el fin de que los trabajadores de la Secretaría reciban la compensación por desempeñar funciones que los exponen en forma constante y permanente al riesgo de adquirir enfermedades infecto-contagiosas por laborar en áreas nocivo-peligrosas.

LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN

1. La Subdirección de Asuntos Sindicales, realizará el trámite para el pago de la Compensación por Riesgos en el Trabajo en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 148 de las Condiciones Generales de Trabajo y demás ordenamientos sobre la materia.
2. La Dirección General de Recursos Humanos, solicitará a la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte y a los Centros SCT, informe sobre el personal sujeto al pago de la Compensación por Riesgos en el Trabajo; apegado a los lineamientos establecidos.
3. La Subdirección de Asuntos Sindicales, recibirá y analizará la información remitida por la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte y por los Centros SCT, a fin de que el personal cumpla con los requisitos establecidos para el pago de dicha compensación.
4. La Subdirección de Asuntos Sindicales, remitirá a la Dirección de Remuneraciones el concentrado y las cédulas del personal que cumple con los requisitos establecidos para el pago de la Compensación por Riesgos de Trabajo.

ÁREA RESPONSABLE:	SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS SINDICALES
PROCEDIMIENTO:	TRÁMITE PARA LA COMPENSACIÓN POR RIESGOS EN EL TRABAJO
DURACIÓN TOTAL:	36 DÍAS

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
01	Subdirección de Asuntos Sindicales	Elabora Oficio Circular en O/4 copias, recaba rubricas de la Dirección General Adjunta de Recursos Humanos y de la Dirección de Asuntos Laborales y firma de la Dirección General de Recursos Humanos, solicitando a la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte y a los Centros SCT, remitan relación y Cédula para determinar al trabajador sujeto a la compensación denominada pago por riesgos (MP-711-PR03-P18-F01)	5 días
02		Distribuye de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> - Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte y Centros SCT. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio original. - Dirección General Adjunta de Recursos Humanos. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio, copia. - Dirección de Asuntos Laborales. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio, copia. - Comisión Central de Seguridad y Salud en el Trabajo. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio, copia. - Acuse de recibido. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio, copia. 	2 días
03		Recibe de la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte y de los Centros SCT, en original, la relación de trabajadores propuestos y Cédula para determinar al trabajador sujeto a la compensación denominada pago por riesgos, para recibir el pago, analiza a efecto de verificar que cumplen con los requisitos establecidos en	20 días

ÁREA RESPONSABLE:	SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS SINDICALES
PROCEDIMIENTO:	TRÁMITE PARA LA COMPENSACIÓN POR RIESGOS EN EL TRABAJO
DURACIÓN TOTAL:	36 DÍAS

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
04		<p>la normatividad vigente.</p> <p>La documentación debe estar debidamente firmada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Director Médico o por el Jefe de la Unidad Administrativa Central o Centro SCT, correspondiente. • Representante de la Comisión Auxiliar de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Unidad Administrativa Central o Centro SCT correspondiente. • Director Médico de la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte. • Representante de la Comisión Central de Salud y Seguridad en el Trabajo. <p>Elabora oficio en O/4 copias con firma de la Subdirección de Asuntos Sindicales, en el que notifica, de ser necesario, a la Unidad Administrativa Central o Centro SCT sobre el personal que siendo incluido como candidato al pago de la citada compensación, no cumple con los requisitos establecidos.</p>	2 días
05		<p>Distribuye de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidad Administrativa Central o Centro SCT según corresponda. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio original. - Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte. . <ul style="list-style-type: none"> • Oficio, copia. - Dirección General de Recursos Humanos. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio, copia. 	2 días

ÁREA RESPONSABLE:

SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS SINDICALES

PROCEDIMIENTO:

TRÁMITE PARA LA COMPENSACIÓN POR RIESGOS EN EL TRABAJO

DURACIÓN TOTAL:

36 DÍAS

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
06		<ul style="list-style-type: none"> - Dirección de Asuntos Laborales. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio, copia. - Acuse de recibido, copia. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio, copia. <p>Elabora oficio en 0/3 copias y concentrado en 0/2 copias con firma de la Dirección de Asuntos Laborales, dirigido a la Dirección de Remuneraciones, solicitando se realice el pago de la Compensación por Riesgos de Trabajo.</p>	2 días
07		<p>Distribuye de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dirección de Remuneraciones, oficio y concentrado. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio original. • Concentrado, original. - Dirección General de Recursos Humanos. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio, copia. - Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte o Centro SCT, según corresponda. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio, copia. • Concentrado, copia. - Acuse de recibido. <ul style="list-style-type: none"> • Oficio, copia. • Concentrado, copia. 	2 días
08		<p>Archiva la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio de solicitud de personal que es sujeto del pago de la compensación por Riesgos en el Trabajo, original. • Relación de trabajadores propuestos, original. 	1 día

ÁREA RESPONSABLE:	SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS SINDICALES
PROCEDIMIENTO:	TRÁMITE PARA LA COMPENSACIÓN POR RIESGOS EN EL TRABAJO
DURACIÓN TOTAL:	36 DÍAS

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
		<ul style="list-style-type: none"> • Cédula para determinar al trabajador sujeto a la compensación denominada pago por riesgos, original. • Oficio en el que se comunica que Personal que siendo incluido como candidato al pago de la citada compensación, no cumple con los requisitos, original. • Oficio solicitando que se continúe con el trámite dirigido a la Dirección de Remuneraciones, original. • Concentrado, copia. <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	



OFICIALÍA MAYOR
DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
COMISIÓN CENTRAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CÉDULA PARA DETERMINAR AL TRABAJADOR SUJETO A LA
COMPENSACIÓN DENOMINADA PAGO POR RIESGOS

FECHA: _____⁽¹⁾

COMISIÓN CENTRAL DE SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO
PRESENTE

La Comisión Auxiliar de Seguridad y Salud en el Trabajo de esta Unidad Administrativa, de conformidad con lo establecido en el Procedimiento para el Otorgamiento de la Compensación denominada Pago por Riesgos; una vez determinado el binomio Puesto-Función, solicita la autorización para que ésta se otorgue por _____⁽²⁾ riesgo a partir del _____⁽³⁾ de _____⁽⁴⁾ del _____⁽⁵⁾, al:

C. _____⁽⁶⁾

R.F.C.: _____⁽⁷⁾

CURP: _____⁽⁸⁾

UNIDAD ADMINISTRATIVA O CENTRO SCT:
_____⁽⁹⁾

ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: _____⁽¹⁰⁾

CÓDIGO, DENOMINACIÓN DEL PUESTO,

JORNADA LABORAL Y ZONA ECONÓMICA: _____⁽¹¹⁾

FUNCIONES QUE REALIZA: ⁽¹²⁾

POR LO QUE ESTÁ EXPUESTO A:

ELEMENTOS FÍSICOS: ⁽¹³⁾

ELEMENTOS BIOLÓGICOS: ⁽¹⁴⁾

ELEMENTOS QUÍMICOS: ⁽¹⁵⁾

ELEMENTOS MECÁNICOS: ⁽¹⁶⁾

ELABORÓ: ⁽¹⁷⁾

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR MÉDICO O
JEFE DE LA UNIDAD DE
PROTECCIÓN Y
MEDICINA PREVENTIVA EN EL TRANSPORTE.

Vo.Bo.: ⁽¹⁹⁾

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DEL
ÁREA
MÉDICA DE LA DIRECCIÓN
GENERAL DE
PROTECCIÓN Y MEDICINA PREVENTIVA EN
EL TRANSPORTE.

VALIDÓ: ⁽¹⁸⁾

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA
COMISIÓN AUXILIAR DE SEGURIDAD Y SALUD
EN EL TRABAJO.

AUTORIZÓ: ⁽²⁰⁾

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA
COMISIÓN CENTRAL DE SEGURIDAD Y SALUD
EN EL TRABAJO.

ÁREA RESPONSABLE:

SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS SINDICALES

PROCEDIMIENTO:

TRÁMITE PARA LA COMPENSACIÓN POR RIESGOS EN EL TRABAJO

FORMATO:

Cédula para determinar al Trabajador
sujeto a la Compensación denominada
Pago por Riesgos

RESGUARDO

LA DOCUMENTACIÓN PERMANECERÁ
EN LOS ARCHIVOS DE LA UNIDAD
ADMINISTRATIVA DURANTE 2 AÑOS

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
1	Día, mes y año en que se requisita la Cédula.
2	"Alto" o "mediano" riesgo, según las funciones del trabajador sujeto a la compensación.
3, 4 y 5	Indicar a partir de qué día, mes y año se otorgará la compensación.
6	Apellidos paterno, materno y nombre(s) completo(s) del trabajador sujeto a la compensación.
7	Registro Federal de Causantes del trabajador.
8	Clave Única de Registro de Población del trabajador.
9	Nombre de la Unidad Administrativa Central o Centro SCT, a la que pertenece el trabajador.
10	Nombre del área de adscripción del trabajador.
11	Código, denominación del puesto que ostenta el trabajador, duración de su jornada laboral y zona económica a la que pertenece.
12	Asentar las funciones que realiza el trabajador cotidianamente.
13	Indicar a qué tipo de elementos físicos está expuesto el trabajador y pueden afectar o disminuir su salud.
14	Indicar a qué tipo de elementos biológicos está expuesto el trabajador y pueden afectar o disminuir su salud.
15	Indicar a qué tipo de elementos químicos está expuesto el trabajador y pueden afectar o disminuir su salud.
16	Indicar a qué tipo de elementos mecánicos está expuesto el trabajador y pueden afectar o disminuir su salud.

ÁREA RESPONSABLE:

SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS SINDICALES

PROCEDIMIENTO:

TRÁMITE PARA LA COMPENSACIÓN POR RIESGOS EN EL TRABAJO

FORMATO:

Cédula para determinar al Trabajador
sujeto a la Compensación denominada
Pago por Riesgos

RESGUARDO

LA DOCUMENTACIÓN PERMANECERÁ
EN LOS ARCHIVOS DE LA UNIDAD
ADMINISTRATIVA DURANTE 2 AÑOS

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
17	Apellidos paterno, materno y nombre(s) completo(s), así como la firma del Titular del Área Médica de la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte o Jefe de la Unidad de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte, responsable de requisitar la Cédula.
18	Apellidos paterno, materno y nombre(s) completo(s), así como la firma del Representante de la Comisión Auxiliar de Seguridad y Salud en el Trabajo, de la unidad administrativa solicitante responsable de validar la Cédula.
19	Apellidos paterno, materno y nombre(s) completo(s), así como la firma del Titular del Área Médica de la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte, responsable de dar el Visto Bueno a la Cédula.
20	Apellidos paterno, materno y nombre(s) completo(s), así como la firma del Representante de la Comisión Central de Seguridad y Salud en el Trabajo, responsable de autorizar la Cédula.