

Te pido de favor registrarse en la sesión de la siguiente manera:

First Name: Nombre del conjunto Ejemplo: Gal. Mty (abrevia)
Last Name: Puesto (RH/GC) y nombre Ejemplo: GC. Erika
Email: Email Ejemplo: c_galerias_mty@cinopolis.com

Tu nombre debe aparecer así: Gal MTY RH Eirka



Asegura conectarte con diadema / Audífonos y micrófono en buen estado, es importante tu participación.



On

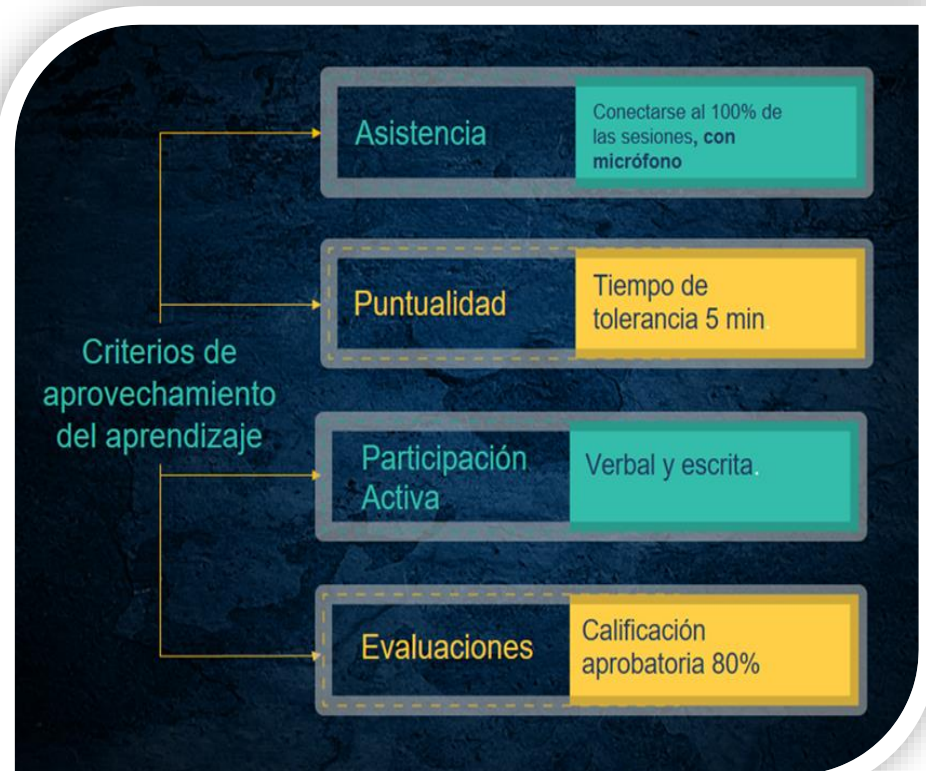


Off

El botón cambia el color cuando está activo

Por favor, mantén tu micrófono desactivado, para garantizar la calidad de sonido para todo el grupo

- Recuerda que tu evaluación de la sesión esta 100% basada en esta presentación.
- Presta toda tu atención.
- Toma todas las notas que consideres necesarias.



[Registro de Incapacidades en People Soft]

RUTA DE ACCESO

MENU PRINCIPAL

Nómina Global y Ausencias

- Datos de Perceptor

- Mantenimiento de Ausencias

- *Eventos de Ausencias (MEX)*

[Registro de Incapacidades en People Soft]



Ingresas el ID empleado de la persona incapacitada y da clic en buscar.

Eventos de Ausencias (MEX)

Introduzca los datos que tenga y pulse Buscar. Deje los campos en blanco p/obtener todos los valores

Buscar un Valor

▼ Criterios de Búsqueda

ID Empleado:	Comienza por ▼	00479
Registro Empl:	= ▼	
Nombre:	Comienza por ▼	
Apellido:	Comienza por ▼	
Segundo Apellido:	Comienza por ▼	
Nombre Caracteres Alternativos:	Comienza por ▼	
Segundo Nombre:	Comienza por ▼	

Mayús/Minús

Buscar

Borrar

Búsqueda Básica



Guardar Criterios Búsqueda

[Registro de Incapacidades en People Soft]

 Captura los datos de la incapacidad.


Elige el nombre del elemento, desplegando el menú en *Nombre de Elemento*, de acuerdo a lo que corresponda.

Eventos de Ausencias | Mensajes de Previsión

ID Empleado: 00479 Registro Empl: 0 Nombre: [Redacted]

Fecha Inicial: 18/07/2013 [Calendar] Fecha Final: 14/01/2014 [Calendar] Actualizar Previsión

Detalle Ausencias Buscar | Ver Todo Primero 1 de 1 Último

Nombre Elemento: 

*Acción Proceso: Normal

Val Previsión:

Duración Ausencia

*Fecha Inicial: [Calendar]

Fecha Final: [Calendar]

Duración Ausencia:

Comentarios

Comentario:

Guardar Volver a Buscar Notificar

Consultar

Nombre Elemento:

Descripción:

Consultar Borrar Cancelar Consulta Básica

Resultados Búsqueda

Ver 100 Primero 1-4 de 4 Último

Nombre Elemento	Descripción	Cd País
INC ENF GENERA	Enfermedad General	MEX
INC ENF TR	Perm p/Enfermedad Profesional	MEX
INC MATERN	Incapacidad Maternidad	MEX
INC PROB RIESGO TR	Inc Probable Riesgo de Trabajo	MEX
INC RIESGO TR	Incapacidad Riesgo de Trabajo	MEX

[Registro de Incapacidades en People Soft]

🎬 Registra la fecha de inicio y duración de la incapacidad.

Detalle Ausencias Buscar | Ver Todo Primero 1 de 1 Último

Nombre Elemento: INC ENF GENERA Enfermedad General Enfr + -

Motivo Ausencia: 001 Otro Aprobación Gerente

***Acción Proceso:** Normal Anulado

Val Previsión: Detalles Previsión

Duración Ausencia

***Fecha Inicial:** 21/11/2013

Fecha Final: 21/11/2013

Duración Ausencia: 1.00 Días

Campos Definidos p/Usuario

***FOLIO:**

Control:

Comentarios

Comentario:

Calendario x

Noviembre 2013

D	L	M	X	J	V	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

◀ Fecha Actual ▶


[Registro de Incapacidades en People Soft]


 Registra el Folio (No. de serie de la incapacidad) y Control.

Para *Enfermedad General: Inicial, subsecuente*, *Maternidad: Prenatal, Postnatal, Enlace*, *Riesgo de Trabajo, Permiso Temporal*.

También puede agregarse comentarios (opcional).

Detalle Ausencias Buscar | Ver Todo Primero ◀ 1 de 1 ▶ Último


Nombre Elemento: INC ENF GENERA  Enfermedad General Enfr + -


Motivo Ausencia: 

***Acción Proceso:** Normal Aprobación Gerente
 Anulado

Val Previsión: Detalles Previsión

Duración Ausencia

***Fecha Inicial:** 21/11/2013 

Fecha Final: 21/11/2013 


Duración Ausencia: 1.00 Días

Campos Definidos p/Usuario

***FOLIO:** LI817263

Control: Inicial ▼

Comentarios Exclusivo

Comentario: Inicial 

Posterior

[Requisitos Incapacidades]

Tipo	Semanas Cotizadas	Porcentaje de Pago	Comentarios
Riesgo de Trabajo	<i>No requiere</i> semanas cotizadas.	100% del salario registrado en el IMSS, al inicio de la incapacidad.	<ul style="list-style-type: none"> Se cobra íntegramente en el Banco. Para acceder al Subsidio al 100% es necesario que se cuente con el formato ST-7 calificado por Medicina del Trabajo (IMSS).
Maternidad	<i>30 semanas</i> en los 12 meses anteriores a la fecha en que inicia la incapacidad.	100% del salario registrado en el IMSS, al inicio de la incapacidad.	<ul style="list-style-type: none"> Se cobra íntegramente en el Banco. En caso de no contar con las semanas cotizadas requeridas, la empresa pagará el subsidio. Para la contabilización de semanas cotizadas, no afectan los cambios de empresa o de registro patronal.
Enfermedad General	<i>04 semanas</i> inmediatas anteriores al inicio de la enfermedad.	60% del salario registrado en el IMSS, al inicio de la incapacidad.	<ul style="list-style-type: none"> El subsidio se genera a partir del 4º día. La empresa paga vía nómina el 40% del subsidio. Incapacidades de 01 a 03 días no generan pago. <u>Si se registran en People Soft.</u>

[Incapacidades Traslapadas]

1. Son aquellas **incapacidades que inician en fechas donde hay otra incapacidad registrada en el sistema** expedida con anterioridad.
2. En esos casos, **los días traslapados o encimados**, ya fueron cubiertos con la incapacidad anterior.
3. Para registrarla, utiliza como **fecha de inicio el día siguiente en que termina la última incapacidad** registrada.
4. **A la nueva incapacidad réstale el total de días traslapados** el resultado es la duración de la incapacidad que vas a registrar.



Los días traslapados aplica en cualquier incapacidad ya sea enfermedad general, riesgo de trabajo y maternidad.

[Incapacidades Maternidad]

1. Son aquellas incapacidades que cubrirá tanto tu **periodo de descanso previo al parto como el periodo posterior**.
2. La **incapacidad** se expide por **84 días naturales como certificado único**, aun existe el formato por 42 días esto solo en casos excepcionales y se expedirán como postnatal.
3. La solicitud de **transferencia de semanas**, se presenta firmado con el consentimiento del medico familiar que avala el estado de salud de la colaboradora, es requisito para ser llenado por parte del patrón.



El registro en PS es por los 84 días, se aplica como prenatal ya que el sistema no esta configurado para registrar la incapacidad como certificado único.

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/incapacidad-maternidad/formato-transferencia-semanas.pdf>

[Seguridad social: Riesgos de Trabajo]



El llenado del formato ST-7 debe manifestar el registro patronal que corresponde al conjunto con el domicilio registrado ante el seguro social; ver tabla anexa:

RPL	Estado	Domicilio del RPL
Y4533756104	Aguascalientes	CALLE JOSE MARIA CHAVEZ 1809 L-33, COL. PRADOS DE VILLASUNCION, AGUASCALIENTES, C.P. 20280
Z3124129100	Baja California Norte / Tijuana	CALLE AGUA CALIENTE NO. 11999, INT. CINE COL. HIPODROMO AGUA CALIENTE, TIJUANA C.P. 22024
A0939264105	Baja California Sur / La Paz	BLVD FORJADORES DE SUDCALIFORNIA 4215 FRACC. EXBASE AEREA, LA PAZ, C.P. 23081
A1032423101	Campeche / Campeche	AVENIDA PEDRO SAINZ DE BARANDA 139, SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE, C.P. 24000
A6845467104	Chiapas / Tuxtla Gutierrez.	BLVD ANDRES SERRA ROJAS No. 250 INTERIOR CINE, COL. EL RETIRO, TUXTLA GUTIERREZ, C.P. 29040
A7825896106	Chihuahua / Cd. Cuauhtémoc	JOSE DE SAN MARTIN NO. 1720, FRACC. SAN ANTONIO, CD. CUAUHTEMOC, C.P. 31530
A8078565109	Chihuahua / Chihuahua	PERIFERICO DE LA JUVENTUD 3501, INT 3A, COLONIA PUERTA DE HIERRO, CHIHUAHUA, CHIHUAHUA, C.P.31207
A4067446104	Coahuila / Torreón	BOULEVARD INDEPENDENCIA 1300 OTE, COL. NAVARRO, C.P. 27010, TORREON, COAHUILA
A4532416104	Colima / Colima	3ER ANILLO PERIFERICO 301 INT CINE, COL. PRIMAVERA, COLIMA, C.P. 28050
Y5043853109	D.F. y Edo. de México	AV. OTHON DE MENDIZABAL 343 INT CINE, COL. NUEVA INDUSTRIAL VALLEJO, DISTRITO FEDERAL, C.P. 07700
Z0633722102	Guanajuato / Leon	BLVD ADOLFO LOPEZ MATEOS 2518 COL. SAN ISIDRO DE JEREZ, C.P. 37530, LEON, GUANAJUATO
B6162685105	Guerrero / Acapulco	MIGUEL ALEMAN 1632 ESQ. WILFRIDO MASSIEU FRACC. MAGALLANES CC LA GRAN PLAZA, ACAPULCO, C.P. 39880
B6323059109	Guerrero / Chilpancingo	BLVD. RENE JUAREZ CISNEROS NO. 130, INT. LOCAL 100 COL. TEPANGO, CHILPANCIINGO, C.P. 39095
B6426559104	Guerrero / Iguala	PERIFERICO ORIENTE ESQ. BLVD. H. COLEGIO MILITAR S/N INT-CINE, COL. RIO BALSAS, IGUALA, C.P. 40050
B7040610109	Hidalgo / Pachuca	AVENIDA REVOLUCION 1307 LOC 07 AL 13, COL. PERIODISTAS, C.P. 42060, PACHUCA, HIDALGO
R1359047104	Jalisco / Guadalajara	CALLE AVILA CAMACHO 1275, COL. ALCALDE BARRANQUITAS, GUADALAJARA, C.P. 44270
C8976630102	Michoacan / Morelia	AVENIDA CAMELINAS 3527 902 COL. LAS AMERICAS, MORELIA, MICHOACAN, C.P. 58270
D0530932107	Michoacan / Uruapan	BLVD. INDUSTRIAL 1241, COL. VILLA URUAPAN, URUAPAN, MICHOACAN, C.P. 60120
D1553001101	Morelos / Cuernavaca	AUT. MEXICO ACAPULCO KM 87.5 S/N LOCAL 343 COL. RICARDO FLORES MAGON, CUERNAVACA, C.P. 62370
D5473408106	Nuevo León/Sn Nicolás de los G	AV FELIX GALVAN 400, COL. FIDEL VELAZQUEZ, SAN NICOLAS DE LOS GARZA, C.P. 64119
D6857593109	Oaxaca	AV JORGE L TAMAYO CASTILLEJOS S/N INTERIOR 502, COL. CANDIANI, OAXACA, C.P. 68130
Y4626363107	Puebla / Puebla	BLVD DEL NIÑO POBLANO 2510 COL. CONCEPCION LA CRUZ, PUEBLA, C.P. 72450
E1523263103	Puebla / Tehuacan	ADOLFO LOPEZ MATEOS 3800 SA 1 COL. SAN LORENZO TEOTIPILCO, TEHUACAN, C.P. 75855
D9712956107	Puebla/ Cuautlancingo	BLVD FORJADORES DE PUEBLA 1009 I-11, COL. SANTA CRUZ CUAUTLANCIINGO, CUAUTLANCIINGO, C.P. 72700
Z3413576102	Querétaro / Querétaro	AVENIDA IGNACIO ZARAGOZA 150 PTE, COL. CENTRO, C.P. 76000, QUERETARO, QUERETARO
L0159781108	Quintana Roo/ Cancun	AV TULUM SUR 260 INT CINE, COL. SM7, C.P. 77500, BENITO JUAREZ, QUINTANA ROO
E3976559102	San Luis Potosí	AVENIDA BENITO JAUREZ 2005 INT CINE, COL. ESTRELLA DEL ORIENTE, SAN LUIS POTOSI, C.P. 78396
Z3312394102	Sinaloa / Culiacán	BLVR PEDRO INFANTE 450 PTE INT CINE, COL. RECURSOS HIDRAULICOS, CULIACAN, C.P. 80105
E6060290104	Sonora / Cd. Obregón	BLVD. RODOLFO ELIAS CALLES 1750 PONIENTE COL. BELLA VISTA, CD. OBREGON, C.P. 85000
E7558236104	Tabasco /Villahermosa	RAMON MENDOZA HERRERA 102, COL. EL RECREO, C.P. 86020, CENTRO VILLAHERMOSA, TABASCO
F0541718105	Tamaulipas / Cd. Victoria,	BLVD TAMAULIPAS 3258, COL. VILLA JARDIN, C.P. 87027, CD. VICTORIA, TAMAULIPAS
F6120935101	Veracruz Norte / Matinez de la Torre	BLVD. ALFINO FLORES 903 INT CINE, COL. RUIZ CORTINEZ, MARTINEZ DE LA TORRE VERACRUZ, C.P. 93607
F5452859103	Veracruz Norte / Xalapa	CARR. JALAPA VERACRUZ KM 2 No. 680 ANCLA 3, COL. LA PASTORESA, XALAPA, C.P. 91193
F4715243106	Veracruz Sur / Córdoba	AVENIDA LOS PINOS 4023 INT CINE, COL. SANTA LETICIA, FORTIN, C.P. 94470
G6280754101	Yucatán / Mérida	CALLE 21 X 50 Y 52, No. 331, COL. MIGUEL HIDALGO, MERIDA, C.P. 97220
H0928225102	Zacatecas	BLVD DEL BOTE 202 COL. CIUDAD ARGENTUM, ZACATECAS, C.P. 98040



[Seguridad social: Riesgos de Trabajo]



Quando un colaborador se accidenta o lesiona dentro del lugar de trabajo, en el trayecto de su domicilio-trabajo o trabajo-domicilio, se considera como **probable riesgo de trabajo**.



Las incapacidades que expidan, indicaran en el **ramo de seguro** el de **enfermedad general** pero señalaran con la palabra **SI** o **X** que se trata de un **probable riesgo de trabajo**.

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA HGR #1	NIVEL ATENCIÓN [] [] []	DELEGACIÓN MICH	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD KO019104
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN 75	DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN 17	NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN(ES) Cenitosa S de CV	PUESTO DE TRABAJO Empleado
TOTAL [] [] []	RECUERDA [] [] []	DÍAS AUTORIZADOS: LETRAL uno	NÚMERO 1
RAMO DE SEGURO [] [] []	ENFERMEDAD [] [] []	MITIGACIÓN [] [] []	CONTROL MITIGACIÓN [] [] []
L SEGURO SOCIAL IONES MÉDICAS		DOCUMENTO SE ENCUENTRA INCAPACITADO PARA TRABAJAR EN ESTE DUPLICADO.	

antes de la terminación del periodo de incapacidad avisar inmediatamente y por escrito a Prestador los ajustes que procedan en el pago del subsidio. periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS

	NSS : AGREGADO MÉDICO: NOMBRE DEL ASEGURADO:		
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO	CURP : SEXO: DELEGACIÓN: UNIDAD: CVE PTAL: CONSULTORIO: TURNO: DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:		
	Serie y Folio		
Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie y Folio
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo







Tipo Incapacidad	Días A
Ramo de Seguro Enfermedad General	
Probable Riesgo Trabajo	
Ramo de Seguro Enfermedad General	
Probable Riesgo Trabajo	
si	

- El asegurado a quien se entregó el periodo que se indica en este documento...
- Si el asegurado regresare a sus deberes deberá avisar inmediatamente y proceder en el pago del subsidio.
- Los riesgos profesionales ocurridos...
- En caso de estar marcado como probable riesgo de trabajo...



Quando un colaborador recibe incapacidades señaladas como **probable riesgo de trabajo**, indica que junto con la incapacidad el IMSS le entregó el formato **ST-7 “Aviso de atención médica inicial y Calificación de Probable Riesgo de Trabajo”**.

[Seguridad social: Riesgos de Trabajo]

-  El formato **ST-7** se solicita al colaborador que entrega incapacidades por probable riesgo de trabajo para ser llenado por el responsable de RH.
-  Este se debe llenar en el **Portal RH/riesgo de trabajo** imprimir una hoja y posterior sacar copia por ambos lados para poner firma y sello en original.
-  **Se le devuelve al colaborador** para que lo lleve a IMSS para **calificar**.
-  Ya calificado el **ST-7**, el colaborador debe **proporcionar original del formato**.
-  Si el formato **ST-7** se calificó como **SI de trabajo**, el colaborador debe proporcionar junto con **la última incapacidad**, el formato **ST-2 Alta Médica**.
-  El formato **ST-2** certifica la fecha a partir de la cual el colaborador puede reincorporarse al trabajo.



Conserva **copia simple de los formatos ST-7 y ST-2** en el expediente individual y envía los originales a corporativo.

[Portal RH/ Riesgos de Trabajo]



Acceso al modulo RT

https://hrc.cinepoliscorporativo.com.mx/rh/portal_dev/main.php

Sección: información de nomina

Bienvenido al Portal de Servicios RH

1

*Tus opciones más frecuentes:
(según accesos en los últimos 90 días)*

Información de Nómina » Riesgo Trabajo (512 Accesos)	Relaciones Laborales » Documentos Rels Laborales (108 Accesos)
Material RH Conjuntos » Material RH Conjuntos (24 Accesos)	Información de Nómina » Módulo Finiquitos (10 Accesos)

Buscar opciones

- Atracción de Talentos
- Capacitación
- Des. Organizacional
- Especialista RH
- Filosofía de Ventas
- Foros RH
- Información de Nómina**
- Material RH Conjuntos
- Movimientos Conjuntos
- Otros Servicios
- Peoplesoft
- Relaciones Laborales
- Rotación de Personal
- Soporte RH
- Vacaciones
- Videos y Fotos Cinépolis

2

- Listas Raya/Recibos
- Consulta Horas Laboradas
- Módulo Finiquitos
- Comprobante de Alta ante IMSS
- Cálculos de Finiquitos
- PTU Exempleados
- Consulta de Posiciones
- Envío de Prenómina
- Constancias Laborales
- Riesgo Trabajo**

[Portal RH/ Riesgos de Trabajo]



Registro de un nuevo accidente

Captura: Id del colaborador y fecha de accidente

ID Empleado: 89126

Fecha accidente: 01/06/2017

Agregar

Registrar la fecha que marca en el inciso

20) fecha y hora del probable accidente de trabajo

del formato ST7

(Fecha que reporta el IMSS al momento de llenar el formato)

Aviso Riesgo Trabajo creado con folio 2 Para editarlo haz [click aqui](#)

[Portal RH/ Riesgos de Trabajo]



Datos para Formato ST7

1) ID Empleado: *	[REDACTED]
2) Nombre: *	[REDACTED]
3) Apellido Paterno: *	[REDACTED]
4) Apellido Materno:	HERRERA
5) Antigüedad en la empresa (años, meses):	2 años, 2 meses, 1 días
6) ID Depto: *	SA0205
7) Departamento: *	C. OAXACA
8) Domicilio del Trab (Calle y número): *	[REDACTED] 57
9) Domicilio del Trab (Colonia o fraccionamiento): *	[REDACTED]
10) Domicilio del Trab (Código Postal): *	71230
11) Domicilio del Trab (Ciudad): *	OAXACA DE JUAREZ
12) Domicilio del Trab (Municipio o Delegación): *	SANTA CRUZ XOXOCOTLAN
13) Domicilio del Trab (Estado): *	OAX
14) Nombre de la empresa: *	CINÉPOLIS DE MEXICO,S.A DE C.V
15) Actividad o giro: *	EXHIB PELICULAS CINE
16) Registro Patronal: *	D6857593109
17) Ocupación o puesto que desempeñaba durante el accidente:	AUXILIAR A

- Del inciso 1 al 34 para llenado ST7

18) Día de descanso previo al accidente: *	
19) Horario de Trabajo del día del accidente: *	
20) Fecha en que ocurrió el accidente (dd/mm/aaaa): *	
21) Hora exacta en que ocurrió el accidente (hh:mm): *	00:00
22) Fecha en la que el trabajador suspendió labores a causa del accidente o enfermedad (dd/mm/aaaa): *	
23) Hora en la que el trabajador suspendió labores a causa del accidente o enfermedad (hh:mm): *	00:00
24) Circunstancias en que ocurrió el accidente: *	(elegir) ▼
25) Describe de forma clara la forma en que ocurrió el accidente: *	Refiere el colaborador que 73
26) Lugar donde recibió atención médica el accidentado (especifique el nombre de la clínica, hospital u otro):	
27) Autoridades oficiales que tomaron conocimiento del accidente, como Ministerio Público, Tránsito, etc. (dejar en blanco en caso de no haber existido intervención de autoridades):	
28) Nombre y cargo de la persona a quien se le reportó el accidente: *	
29) Fecha en que se notificó el accidente (dd/mm/aaaa): *	08/10/2017
30) Hora en que se notificó el accidente (hh:mm): *	00:00
31) Nombre del Gerente del Cine: *	[REDACTED]
32) Lugar de elaboración: *	OAXACA, OAX
33) Fecha de elaboración: *	08/10/2017
34) Aclaraciones y Observaciones:	150

- Los campos sombreados no son editables.

[Portal RH/ Riesgos de Trabajo]



Datos complementarios

35) Turno durante el cual ocurrió el accidente: *	Diurno ▼
36) Especificar el número de horas continuas de trabajo antes del accidente:	0
37) Describir sitio, área o departamento en que ocurrió el accidente:	cine
38) Tipo de riesgo: *	Accidente de Trabajo ▼
39) Causa del accidente: *	Explosión ▼
40) Acto inseguro: *	Operar sin autorización ▼
41) Condiciones inseguras: *	Derrame de productos ▼
42) Factor personal que causó el accidente: *	Defectos orgánicos o psíquicos ▼
43) Estado en el que se encontraba el accidentado: *	Drogado ▼
44) El accidentado usaba equipo de protección para el riesgo: *	SI ▼
45) ¿Hubo testigos que presenciaron el accidente?: *	No ▼
46) Versión de los testigos sobre el accidente:	fdsfsawewerene 86
47) Estatus de RT: *	EDITADO ▼

- Llenar para información interna

[Portal RH/ Riesgos de Trabajo]



Domicilio del colaborador

• Debe coincidir con el que tiene el Formato ST7

7) Domicilio del Trab (Calle y número): *	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 462 58
8) Domicilio del Trab (Colonia o fraccionamiento): *	SANTIAQUINO
9) Domicilio del Trab (Código Postal): *	60000
10) Domicilio del Trab (Ciudad): *	MORELIA
11) Domicilio del Trab (Municipio o Delegación): *	MORELIA
12) Domicilio del Trab (Estado): *	MICH

[Portal RH/ Riesgos de Trabajo]



Posibles escenarios



- ❖ Si me presentan una incapacidad inicial por riesgo de trabajo debo considerar todas las posteriores, debo registrarlas igual ya que son consecuencia del riesgo que el colaborador comentó en el IMSS que le sucedió
- ❖ Todos los accidentes que les ocurran a los colaboradores deben registrarse en el portal RH. En ocasiones, ellos se presentan en el IMSS les llenan el formato ST-7, no les dan incapacidad pero ya quedó registrado en su sistema, posteriormente llega notificación en papel a la empresa, manifestando el IMSS que no tiene información sobre este accidente
- ❖ Si el formato electrónico del ST-7 lo rechaza el IMSS, debes llenarlo a mano y darlo al colaborador para que siga con el procedimiento de calificación

[Portal RH/ Riesgos de Trabajo]



Terminación de llenado

47) Estatus de RT: *

CONFIRMADO ▼
CREADO
EDITADO
CONFIRMADO
CANCELADO

Actualizar RT

Regresar



Generar formato ST7

ID Empleado: Nombre: Captura ID y fecha de accidente

Fecha entre y | Estatus:

Registros 1 - 1 de

ID RT	Fecha RT	ID Empl / Nombre	Estatus	Departamento	Puesto	Tipo	Acciones
1	2017-04-20	147099 ██████████ ██████████	CONFIRMADO	C. PLAZA MORELIA (SA0060)	EMPLEADO GRAL HORAS	Accidente de Trabajo	

25 ▼ Registros por Página Pag 1 de

[Portal RH/ Riesgos de Trabajo]



Al terminar el proceso de registro, revisa el estatus de RT. Asegúrate que hayas dado CONFIRMADO, de lo contrario te aparecerá la leyenda “registro no confirmado” y pudiera ser causa de que no se lo acepten en IMSS

COLONIA O FRACCIONAMIENTO SAN JERÓNIMO CHICAHUALCO						DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO TOLUCA						10) CODIGO POSTAL 5 2 1 7 5							
11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD EMPLEADO GRAL HORAS				12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION 1 AÑOS, 2 MESES, 6 DIAS		13) DIA DE DESCANBO PREVIO AL ACCIDENTE MIÉRCOLES		14) SALARIO \$ 1965											
15) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS)				16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS)				17) HORARIO DE TRABAJO EN CASO DE ENFERMEDAD HORARIO ACTUAL 08:30 AM A 17:00 PM											
18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD		DIA		MES		AÑO		HORA		19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD		DIA		MES		AÑO		HORA	
		0 8		1 0		2 0 1 7		09:30				0 8		1 0		2 0 1 7		11:45	
20) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE EN LA EMPRESA <input type="checkbox"/> EN UNA COMISION <input type="checkbox"/> EN TRAYECTO A SU TRABAJO <input type="checkbox"/> EN TRAYECTO A SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> TRABAJANDO TIEMPO EXTRA <input type="checkbox"/>																			
21) DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA, SITIO O AREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE, EN CASO DE ENFERMEDAD(ES) DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS REFIERE LA COLABORADORA QUE ES IMPACTADA POR LA PARTE TRASERA EN SU AUTO SIN USO DE CINTURÓN																			
22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO OFICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD ERIKA FERNANDA LARA BELMAN, SUPERVISOR DE R.H.										23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DIA MES AÑO HORA 0 8 1 0 2 0 1 7 09:35									
24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE																			
25) SI LA PRIMERA ATENCION MEDICA NO LA PROPORCIONÓ IMSS, ANOTAR DONDE SE OTORGÓ Y DEJAR CERTIFICADO MEDICO CLINICA 220 IMSS																			
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 LEONARDO RAMIREZ RUANO										29) LUGAR Y FECHA TOLUCA, EMEC, A 09 DE OCTUBRE DE 2017									
30) FIRMA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL										31) SELLO DEL PATRON O DE LA EMPRESA									
DICTAMEN DE CALIFICACION (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)																			
32) (S) (S) (S) NÓMLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA LESION O ENFERMEDAD																			



[Portal RH/ Riesgos de Trabajo]

The image shows a printer configuration interface on the left and a form titled 'Formulario de Riesgos de Trabajo' on the right. The printer settings include:

- Impresora: MP C4000 PB Derecha en 10.2
- Orientación: Vertical
- Copias: 1
- Páginas: Todo
- Buttons: Imprimir, Cancelar

The form on the right is for 'Formulario de Riesgos de Trabajo (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)'. It contains various fields for employee information, accident details, and company data. Key fields include:

- ACTIVIDAD O GRUPO: 31 REGISTRO PATRONAL
- UBICACIÓN: 01 DISTRITO FEDERAL
- FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE: 2017-04-20 16:19
- LUGAR Y FECHA: MORELIA, MICH, A 20 DE ABRIL DE 2017

 **Impresión ST7**



✓ Engrapado el impreso en el formato original y sacar copia para firma y sello en original.



Evaluación

- A partir de este momento tienes 30 minutos para realizarla.
 - StarT- > Aprendizaje → Mis asignaciones de aprendizaje o ingresar vía LMS.
 - Tienes 1 oportunidad de realizar la evaluación, tiempo aproximado de duración 15 min.
 - La calificación aprobatoria es 80.
 - Debes contestarla hoy y tienes hasta 30 minutos posteriores a la sesión para completarla.
 - Si se contesta fuera del tiempo establecido, el resultado de la evaluación no contará para tu calificación.
 - Recuerda que parte de la sesión es descargar tus materiales en el LMS, estarán activos a partir del día miércoles.