

COPIA ASEGURADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO
**dictamen de alta
por riesgo de trabajo**

ST-2

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
DISTRIBUIDOR DEL TORO SA DE CV

REGISTRO PATRONAL
A1036597108

DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO

TIPO DE RIESGO :	Accidente de trabajo	FECHA DE ACCIDENTE	DÍA 02	MES 10	AÑO 2024
INCAPACIDAD PERMANENTE : NO		INICIO DE LABORES	DÍA 24	MES 10	AÑO 2024

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

LUGAR UMF 010	DELEGACIÓN Campeche	UNIDAD MEDICA UMF 10 Santa Lucía	DÍA 23	MES 10	AÑO 2024
NOMBRE DEL MÉDICO QUE FORMULÓ ESTE DICTAMEN. KATHYA ASAHI PERALTA PEREZ		MATRÍCULA 99046419	FIRMA DEL MÉDICO		



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

NSS : 8187-64-0252 AGREGADO MÉDICO: 1M19640R
NOMBRE DEL ASEGURADO:
ROMAN DE JESUS CAZAN ROMERO
CURP: CARR720808HCCZMM06
FECHA DE NACIMIENTO: 08/08/1964
SEXO: MASCULINO
DELEGACIÓN: CAMPECHE
**UNIDAD:UMF 10
SANTA LUCÍA** **CVE PTAL. 040102252110**
CONSULTORIO: 6 **TURNO: MATUTINO**
**DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL
ASEGURADO:CARTILLA DE SALUD Y CITAS MÉDICAS**
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 8187640252

Serie y Folio QU810552

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF 10 Santa Lucía	1	Campeche	QU810552
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF 10 Santa Lucía	Campeche	DISTRIBUIDOR DEL TORO SA DE CV	Choferes vendedores
Tipo Incapacidad	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
SUBSECUENTE	dos	2	22/10/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	23/10/2024
Probable Riesgo		Días Acumulados	
Trabajo		1	
NO			

El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indica en este duplicado.

Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patrón deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que éste efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.

Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón

En caso de estar marcado como Riesgo de Trabajo o Probable Riesgo deberá enterar al Instituto a través del formato ST-1 aviso para calificar probable riesgo de trabajo en un lapso no mayor a 24 horas

Nombre y firma del médico	Matrícula	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
KATHYA ASAHI PERALTA PEREZ	99046419	MANUEL BERNARDO CIH UC	99042097

COPIA PATRÓN

¿CONOCES EL SERVICIO DE CONSULTA DE INCAPACIDADES EN LÍNEA?
Ingresa al escritorio virtual y podrás revisar el histórico de las incapacidades de los trabajadores de tu empresa. Si cuentas con Convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios, también puedes descargar tus facturas de pago.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

NSS : 8187-64-0252 AGREGADO MÉDICO: 1M19640R
NOMBRE DEL ASEGURADO:
ROMAN DE JESUS CAZAN ROMERO
CURP: CARR720808HCCZMM06
FECHA DE NACIMIENTO: 08/08/1964
SEXO: MASCULINO
DELEGACIÓN: CAMPECHE
UNIDAD:UMF 10 SANTA LUCÍA **CVE PTAL. 040102252110**
CONSULTORIO: 6 **TURNO: MATUTINO**
**DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL
ASEGURADO:CARTILLA DE SALUD Y CITAS MÉDICAS**
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 8187640252

Serie y Folio QU810499

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF 10 Santa Lucía	1	Campeche	QU810499
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF 10 Santa Lucía	Campeche	DISTRIBUIDOR DEL TORO SA DE CV	Choferes vendedores
Tipo Incapacidad	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
SUBSECUENTE	uno	1	21/10/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	21/10/2024
Probable Riesgo Trabajo		Días Acumulados	
NO		7	

- El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indica en este duplicado.
- Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patrón deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que éste efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.
- Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón
- En caso de estar marcado como Riesgo de Trabajo o Probable Riesgo deberá enterar al Instituto a través del formato ST-1 aviso para calificar probable riesgo de trabajo en un lapso no mayor a 24 horas

Nombre y firma del médico KATHIA ASAHI PERALTA PEREZ	Matrícula 99046419	Nombre y firma del médico que autoriza NO APLICA	Matrícula NO APLICA
--	------------------------------	--	-------------------------------

COPIA PATRÓN

¿CONOCES EL SERVICIO DE CONSULTA DE INCAPACIDADES EN LÍNEA?

Ingresa al escritorio virtual y podrás revisar el histórico de las incapacidades de los trabajadores de tu empresa. Si cuentas con Convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios, también puedes descargar tus facturas de pago.