

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 ASAHÍ 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: 1M1964OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:
ROMAN DE JESUS CAZAN ROMERO

CURP: CARR720808HCCZMM06

FECHA DE NACIMIENTO: 08/08/1964

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: CAMPECHE

UNIDAD:UMF 10 CVE PTAL. 040102252110
SANTA LUCÍA

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	Probable Riesgo Trabajo	Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general	NO	NO	23/10/2024
		Días Acumulados	
		1	

- 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 debera 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
KATHYA ASAHI PERALTA PEREZ

Matrícula
99046419

Nombre y firma del médico que autoriza
MANUEL BERNARDO CIH UC

Matrícula
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: 1M1964OR

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	
<div><div>- 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.</div><div>- 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.</div><div>- Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón</div><div>- En caso de estar marcado como Riesgo de Trabajo o Probable Riesgo debera enterar al Instituto a través del formato ST-1 aviso para calificar probable riesgo de trabajo en un lapso no mayor a 24 horas</div></div>			

Nombre y firma del médico	Matrícula	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
KATHYA ASAHI PERALTA PEREZ	99046419	NO APLICA	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.