

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

NSS: 4616-01-6245 AGREGADO MÉDICO: 1M20010R  
 NOMBRE DEL ASEGURADO:  
 DANIEL ALEJANDRO PEREZ PEREZ  
 CURP: PEPD010523HCSRRNA3  
 SEXO: MASCULINO  
 DELEGACIÓN: CHIAPAS  
 UNIDAD: UMF NO. 13 CVE PTAL. 070104252110  
 CONSULTORIO: 14 TURNO: MATUTINO  
 DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
 DE SALUD Y CITAS MÉDICAS  
 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 461601624521

Serie y Folio UL352475

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF No. 13	1	Chiapas	UL352475
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF No. 13	Chiapas	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Agentes y representantes de ventas y consignatarios
Tipo Incapacidad	Días Autorizados (Letra)	Número	A partir del
INICIAL	uno	1	11/03/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	11/03/2024
Probable Riesgo		Días Acumulados	
Trabajo		0	
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

JULIA KARLA MELCHOR BUSTAMANTE

Matrícula

99354858

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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
RECLAMACIONES Y SUSPENSOS SOCIALESDIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD  
TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

NSS : 0522-02-1772 AGREGADO MÉDICO: 1M20020R  
 NOMBRE DEL ASEGURADO:  
 JORGE IVAN HERNANDEZ RAMIREZ  
 CURP: HERJ020428HCSRMRAS  
 SEXO: MASCULINO  
 DELEGACIÓN: CHIAPAS  
 UNIDADUMF NO. 13 CVE PTAL: 070104252110  
 QCONSULTÓRIO: 5 TURNO: MATUTINO  
 DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
 DE SALUD Y CITAS MÉDICAS  
 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 0522-02-1772

Serie y Folio UL352531

Unidad Médica/Expedidora UMF Ag. 13	Nivel Atención 1	Delegación Adscripción Chiapas	Delegación Expedidora Chiapas	Certificado de Incapacidad Serie UL352531
UMF Adscripción UMF No. 13	Delegación Adscripción Chiapas	Patrón(es) DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Puesto de trabajo Agentes y representantes de ventas y consignatarios	
Tipo Incapacidad SUBSECUENTE	Días Autorizados (Letra) Siete	Número 7	A partir del 12/03/2024	
Ramo de Seguro Enfermedad común	Control Maternidad NO	Expedido el 12/03/2024	Días Acumulados	
Probable Riesgo Trabajo (NO) SI <i>efecto</i>				

El beneficiario al 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 beneficiario 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 efectue los ajustes que procedan en el pago correspondiente.

Las causas de incapacidad ocurridas durante períodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón.

En caso de estar manejado como Riesgo de Trabajo o Probable Riesgo deberá efectuar al Instituto a través del formato ST-1 aviso para dar de alta el riesgo de trabajo en un lapso no mayor a 24 horas.

Nombre y firma del médico *Cfjys*  
ELSA FERNANDA MARQUEZMatrícula  
99293866Nombre y firma del médico que autoriza  
NO APLICAMatrícula  
NO APLICA**COPIA PATRÓN**

CONSIDERA EL SISTEMA DE CONSULTA DE INCAPACIDADES DEL INSTITUTO MÉDICO SOCIAL Y OSTEOPATICO (IMSS) te permite que tu empresa te informe de la situación de los trabajadores de tu empresa. Si cuentas con Convenio de Seguro Social, te informa el costo de sus servicios, también puedes pagarlos directamente a través de facturas de pago.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
INCLUSIÓN Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS: 9401-82-2257 AGREGADO MÉDICO: 1M19820R  
NOMBRE DEL ASEGURADO:  
GERARDO AGUILAR AQUINO  
CURP: AUAG821003HCSGQR00  
SEXO: MASCULINO  
DELEGACIÓN: CHIAPAS  
UNIDAD: UMF NO. 13 CVE PTAL. 070104252110  
CONSULTORIO: 5 TURNO: VESPERTINO  
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: NINGUNO  
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 00000000000000000000

Serie y Folio UL352465

Unidad Médica Expedidora UMF No. 13	Nivel Atención 1	Delegación Expedidora Chiapas	Certificado de Incapacidad Serie UL352465
UMF Adscripción UMF No. 13	Delegación Adscripción Chiapas	Patrón(es) DISTRIBUIDORA EL TORO	Puesto de trabajo Otros comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas en establecimientos, no clasificados anteriormente
Tipo Incapacidad INICIAL	Días Autorizados (Letra) uno	Número 1	A partir del 11/03/2024
Ramo de Seguro Enfermedad general		Control Maternidad NO	Expedido el 11/03/2024
Probable Riesgo Trabajo NO		Días Acumulados 0	

- 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  
MOISES EDEN LÉPEZ MARTINEZ

Matrícula  
99073561

Nombre y firma del médico que autoriza  
NO APLICA

Matrícula  
NO APLICA

**COPIA PATRÓN**

CONOCES EL SERVICIO DE CONSULTA DE INCAPACIDADES EN LÍNEA?

Ingresá 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 SALUD SOCIAL

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

NSS : 9401-B2-2257 AGREGADO MÉDICO: 1M19820R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

GERARDO AGUILAR AQUINO

CURP: AUAG821003HCSGQR00

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: CHIAPAS

UNIDAD: UMF NO. 25 CVE PTAL. 070138252110

CONSULTORIO: 4 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 9401822257

Serie y Folio QN028011

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF No. 25	1	Chiapas	QN028011
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF No. 25	Chiapas	OISTRIBUIDORA EL TORO	Empleados de ventas, despachadores y dependientes en comercios
Tipo Incapacidad SUBSECUENTE	Días Autorizados (Letra)	Número	A partir del
Ramo de Seguro	UNO	1	12/03/2024
Enfermedad General		Control Maternidad	Expedido el
Probable Riesgo Trabajo		NO	12/03/2024
NO		Días Acumulados	
		0	

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

- Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del período 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 períodos 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 certificar probable riesgo de trabajo en un lapso no mayor a 24 horas

Nombre y firma del médico  
ADRIAN DOMINGUEZ LOPEZ

Matrícula  
11285311

Nombre y firma del médico que autoriza  
NO APLICA

Matrícula  
NO APLICA

**COPIA PATRÓN**

CONOCE 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.



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

NSS : 9401-82-2257 AGREGADO MÉDICO: 1M19820R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

GERARDO AGUILAR AQUINO

CURP: AUAG821003HCSGQR00

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: CHIAPAS

UNIDAD UMF NO. 25 CVE PTAL. 070138252110

CONSULTORIO: 4 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 5

Serie y Folio QN028084

Unidad Médica Expedidora UMF No. 25	Nivel Atención 1	Delegación Expedidora Chiapas	Certificado de Incapacidad Serie QN028084
UMF Adscripción UMF No. 25	Delegación Adscripción Chiapas	Patrón(es) DISTRIBUIDORA EL TORO	Puesto de trabajo Empleados de ventas, despachadores y dependientes en comercios
Tipo Incapacidad SUBSECUENTE	Días Autorizados (Letra) 005	Número 2	A partir del 13/03/2024
Ramo de Seguro Enfermedad general		Control Maternidad NO	Expedido el 13/03/2024
Probable Riesgo Trabajo NO		Días Acumulados 1	

Si 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 entregar al Instituto a través del formato ST-1 aviso para cancelar probable riesgo de trabajo en un lapso no mayor a 24 horas

Nombre y firma del médico  
EDIBERTO MORALES CHAMPOMatrícula  
99282772Nombre y firma del médico que autoriza  
NO APLICAMatrícula  
NO APLICA**COPIA PATRÓN**

+ CONOCE EL SERVICIO DE CONSULTA DE INCAPACIDADES EN LÍNEA?

Ingresa al portal 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.



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

NSS : 9401-82-2257 AGREGADO MÉDICO: 1M19820R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

GERARDO AGUILAR AQUINO

CURP: AUAG821003HCSGQR00

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: CHIAPAS

UNIDAD:UMF NO. 25 CVE PTAL. 070138252110

CONSULTORIO: 4 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 9401-82-2257

Serie y Folio QN028235

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF N°. 25	1	Chiapas	QN028235
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF N°. 25	Chiapas	DISTRIBUIDORA EL TORO	Empleados de ventas, despachadores y dependientes en comercios
Tipo Incapacidad	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
SUBSECUENTE	dos	2	15/03/2024
Ramo de Seguro	Control Maternidad	Expedido el	15/03/2024
Enfermedad general	NO	Días Acumulados	
Probable Riesgo Trabajo		2	
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  
YUDIBETH SANTOS LARCAZOMatrícula  
99071717Nombre y firma del médico que autoriza  
NO APLICAMatrícula  
NO APLICA**COPIA PATRÓN**

+CONOCE 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.



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

NSS : 7188-71-1550 AGREGADO MÉDICO: IM19710R  
 NOMBRE DEL ASEGURADO:  
 FREDY RAMOS SÁNCHEZ  
 CURP: RASF711003HCSMNR07  
 SEXO: MASCULINO  
 DELEGACIÓN: CHIAPAS  
 UNIDAD:UMF NO. 13 CVE PTAL. 070104252110  
 CONSULTORIO: 1 TURNO: MATUTINO  
 DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
 DE SALUD Y CITAS MÉDICAS  
 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 7188-71-1550

Serie y Folio UI.352795

Unidad Médica Expedidora UMF No. 13	Nivel Atención 1	Delegación Expedidora Chiapas	Certificado de Incapacidad Serie UL352795
UMF Adscripción UMF No. 13	Delegación Adscripción Chiapas	Patrón(es) DISTRIBUIDORA EL TORO, S.A. DE C.V.	Puesto de trabajo Agentes y representantes de ventas y consignatarios
Tipo Incapacidad SUBSECUENTE	Días Autorizados (Letra) siete	Número 7	A partir del 15/03/2024
Ramo de Seguro Enfermedad general	Control Maternidad NO	Control Maternidad NO	Expedido el 15/03/2024
Probable Riesgo Trabajo NO	Días Acumulados 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 entregar al Instituto a través del formato ST-1 aviso para cancelar probable riesgo de trabajo en un lapso no mayor a 24 horas

Nombre y firma del médico  
FALCON JESUS FLORES CISNEROSMatrícula  
98078229Nombre y firma del médico que autoriza  
NO APLICAMatrícula  
NO APLICA**COPIA PATRÓN**

+CONOCES EL SERVICIO DE CONSULTA DE INCAPACIDADES EN LÍNEA?  
 Ingres 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 SALUD EN EL TRABAJO

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

NSS: 0296-77-6996 AGREGADO MÉDICO: 1F19770R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

NADIA AUREA GARCIA CAMACHO

CURP: GACN770824MPLRMD01

SEXO: FEMENINO

DELEGACIÓN: CHIAPAS

UNIDAD: UMF NO. 34 CVE PTAL. 079701252110

CONSULTORIO: 1 TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1871044905926

Serie y Folio UF703044

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF No. 34	1	Chiapas	UF703044
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF No. 34	Chiapas	ABARROTES EL TORO SA DE CV	Agentes y representantes de ventas y consignatarios
Tipo Incapacidad	Días Autorizados (Letra)	Número	A partir del
INICIAL	UNO	1	11/03/2024
Ramo de Seguro	Enfermedad general	Control Maternidad	Expedido el
Probable Riesgo	Trabajo	NO	11/03/2024
Trabajo		Días Acumulados	
NO		0	

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 sueldo.

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

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

Nombre y firma del patrón: GARCIA CAMACHO, NADIA AUREA  
Matrícula: 11444983

Matrícula  
11444983

Nombre y firma del médico que autoriza  
NO APLICA

Matrícula  
NO APLICA

### COPIA PATRÓN

CONOCES EL SERVICIO DE CONSULTA DE INCAPACIDADES EN LÍNEA?

Ingresando en [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx) y podrás revisar el histórico de las incapacidades de los trabajadores de tu empresa. Si cuentas con Convenio de pago indirecto y recibimiento de subsidios, también puedes descargar tus facturas de pago.

ID AD MEDICA EN FEDDORA Y NO DE LICENCIA SANITARIA		NIVEL ATENCIÓN	OOAJAHUE	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIO			
UNIDAD DE MEDICINA ANUAL DE ADSCRIPCIÓN		ODA DE ADSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL(AOS) PATRÓN (PATRONES)	NUMERO DE SEGURO SOCIAL Y DISQUERIFICADOR			
RCL 2	SUS 3	REGADA 4	DÍAS AUTORIZADOS RETRAN 5	1			
				2	3	4	5
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		07	21	070 103 718			
CURP		1	2	3	4	5	6
APPELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO		1	2	3	4	5	6
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M-2 <input type="checkbox"/> M-1		7	8	9	10	11	12
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS		13	14	15	16	17	18
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL		19	20	21	22	23	24
DÍAS AUTORIZADOS DE INCAPACIDAD		25	26	27	28	29	30
TRASFERENCIA DE SEGURO		31	32	33	34	35	36
NOMBRE		37	38	39	40	41	42
MÉDICO TRATANTE		43	44	45	46	47	48
NOMBRE		49	50	51	52	53	54
MÉDICO TRATANTE		55	56	57	58	59	60
NOMBRE		61	62	63	64	65	66
MÉDICO TRATANTE		67	68	69	70	71	72
NOMBRE		73	74	75	76	77	78
MÉDICO TRATANTE		79	80	81	82	83	84
NOMBRE		85	86	87	88	89	90
MÉDICO TRATANTE		91	92	93	94	95	96
NOMBRE		97	98	99	100	101	102
MÉDICO TRATANTE		103	104	105	106	107	108
NOMBRE		109	110	111	112	113	114
MÉDICO TRATANTE		115	116	117	118	119	120
NOMBRE		121	122	123	124	125	126
MÉDICO TRATANTE		127	128	129	130	131	132
NOMBRE		133	134	135	136	137	138
MÉDICO TRATANTE		139	140	141	142	143	144
NOMBRE		145	146	147	148	149	150
MÉDICO TRATANTE		151	152	153	154	155	156
NOMBRE		157	158	159	160	161	162
MÉDICO TRATANTE		163	164	165	166	167	168
NOMBRE		169	170	171	172	173	174
MÉDICO TRATANTE		175	176	177	178	179	180
NOMBRE		181	182	183	184	185	186
MÉDICO TRATANTE		187	188	189	190	191	192
NOMBRE		193	194	195	196	197	198
MÉDICO TRATANTE		199	200	201	202	203	204
NOMBRE		205	206	207	208	209	210
MÉDICO TRATANTE		211	212	213	214	215	216
NOMBRE		217	218	219	220	221	222
MÉDICO TRATANTE		223	224	225	226	227	228
NOMBRE		229	230	231	232	233	234
MÉDICO TRATANTE		235	236	237	238	239	240
NOMBRE		241	242	243	244	245	246
MÉDICO TRATANTE		247	248	249	250	251	252
NOMBRE		253	254	255	256	257	258
MÉDICO TRATANTE		259	260	261	262	263	264
NOMBRE		265	266	267	268	269	270
MÉDICO TRATANTE		271	272	273	274	275	276
NOMBRE		277	278	279	280	281	282
MÉDICO TRATANTE		283	284	285	286	287	288
NOMBRE		289	290	291	292	293	294
MÉDICO TRATANTE		295	296	297	298	299	300
NOMBRE		301	302	303	304	305	306
MÉDICO TRATANTE		307	308	309	310	311	312
NOMBRE		313	314	315	316	317	318
MÉDICO TRATANTE		319	320	321	322	323	324
NOMBRE		325	326	327	328	329	330
MÉDICO TRATANTE		331	332	333	334	335	336
NOMBRE		337	338	339	340	341	342
MÉDICO TRATANTE		343	344	345	346	347	348
NOMBRE		349	350	351	352	353	354
MÉDICO TRATANTE		355	356	357	358	359	360
NOMBRE		361	362	363	364	365	366
MÉDICO TRATANTE		367	368	369	370	371	372
NOMBRE		373	374	375	376	377	378
MÉDICO TRATANTE		379	380	381	382	383	384
NOMBRE		385	386	387	388	389	390
MÉDICO TRATANTE		391	392	393	394	395	396
NOMBRE		397	398	399	400	401	402
MÉDICO TRATANTE		403	404	405	406	407	408
NOMBRE		409	410	411	412	413	414
MÉDICO TRATANTE		415	416	417	418	419	420
NOMBRE		421	422	423	424	425	426
MÉDICO TRATANTE		427	428	429	430	431	432
NOMBRE		433	434	435	436	437	438
MÉDICO TRATANTE		439	440	441	442	443	444
NOMBRE		445	446	447	448	449	450
MÉDICO TRATANTE		451	452	453	454	455	456
NOMBRE		457	458	459	460	461	462
MÉDICO TRATANTE		463	464	465	466	467	468
NOMBRE		469	470	471	472	473	474
MÉDICO TRATANTE		475	476	477	478	479	480
NOMBRE		481	482	483	484	485	486
MÉDICO TRATANTE		487	488	489	490	491	492
NOMBRE		493	494	495	496	497	498
MÉDICO TRATANTE		499	500	501	502	503	504
NOMBRE		505	506	507	508	509	510
MÉDICO TRATANTE		511	512	513	514	515	516
NOMBRE		517	518	519	520	521	522
MÉDICO TRATANTE		523	524	525	526	527	528
NOMBRE		529	530	531	532	533	534
MÉDICO TRATANTE		535	536	537	538	539	540
NOMBRE		541	542	543	544	545	546
MÉDICO TRATANTE		547	548	549	550	551	552
NOMBRE		553	554	555	556	557	558
MÉDICO TRATANTE		559	560	561	562	563	564
NOMBRE		565	566	567	568	569	570
MÉDICO TRATANTE		571	572	573	574	575	576
NOMBRE		577	578	579	580	581	582
MÉDICO TRATANTE		583	584	585	586	587	588
NOMBRE		589	590	591	592	593	594
MÉDICO TRATANTE		595	596	597	598	599	600
NOMBRE		601	602	603	604	605	606
MÉDICO TRATANTE		607	608	609	610	611	612
NOMBRE		613	614	615	616	617	618
MÉDICO TRATANTE		619	620	621	622	623	624
NOMBRE		625	626	627	628	629	630
MÉDICO TRATANTE		631	632	633	634	635	636
NOMBRE		637	638	639	640	641	642
MÉDICO TRATANTE		643	644	645	646	647	648
NOMBRE		649	650	651	652	653	654
MÉDICO TRATANTE		655	656	657	658	659	660
NOMBRE		661	662	663	664	665	666
MÉDICO TRATANTE		667	668	669	670	671	672
NOMBRE		673	674	675	676	677	678
MÉDICO TRATANTE		679	680	681	682	683	684
NOMBRE		685	686	687	688	689	690
MÉDICO TRATANTE		691	692	693	694	695	696
NOMBRE		697	698	699	700	701	702
MÉDICO TRATANTE		703	704	705	706	707	708
NOMBRE		709	710	711	712	713	714
MÉDICO TRATANTE		715	716	717	718	719	720
NOMBRE		721	722	723	724	725	726
MÉDICO TRATANTE		727	728	729	730	731	732
NOMBRE		733	734	735	736	737	738
MÉDICO TRATANTE		739	740	741	742	743	744
NOMBRE		745	746	747	748	749	750
MÉDICO TRATANTE		751	752	753	754	755	756
NOMBRE		757	758	759	760	761	762
MÉDICO TRATANTE		763	764	765	766	767	768
NOMBRE		769	770	771	772	773	774
MÉDICO TRATANTE		775	776	777	778	779	780
NOMBRE		781	782	783	784	785	786
MÉDICO TRATANTE		787	788	789	790	791	792
NOMBRE		793	794	795	796	797	798
MÉDICO TRATANTE		799	800	801	802	803	804
NOMBRE		805	806	807	808	809	810
MÉDICO TRATANTE		811	812	813	814	815	816
NOMBRE		817	818	819	820	821	822
MÉDICO TRATANTE		823	824	825	826	827	828
NOMBRE		829	830	831	832	833	834
MÉDICO TRATANTE		835	836	837	838	839	840
NOMBRE		841	842	843	844	845	846
MÉDICO TRATANTE		847	848	849	850	851	852
NOMBRE		853	854	855	856	857	858
MÉDICO TRATANTE		859	860	861	862	863	864
NOMBRE		865	866	867	868	869	870
MÉDICO TRATANTE		871	872	873	874	875	876
NOMBRE		877	878	879	880	881	882
MÉDICO TRATANTE		883	884	885	886	887	888
NOMBRE		889	890	891	892	893	894
MÉDICO TRATANTE		895	896	897	898	899	900
NOMBRE		901	902	903	904	905	906
MÉDICO TRATANTE		907	908	909	910	911	912
NOMBRE		913	914	915	916	917	918
MÉDICO TRATANTE		919	920	921	922	923	924
NOMBRE		925	926	927	928	929	930
MÉDICO TRATANTE		931	932	933	934	935	936
NOMBRE		937	938	939	940	941	942
MÉDICO TRATANTE		943	944	945	946	947	948
NOMBRE		949	950	951	952	953	954
MÉDICO TRATANTE		955	956	957	958	959	960
NOMBRE		961	962	963	964	965	966
MÉDICO TRATANTE		967	968	969	970	971	972
NOMBRE		973	974	975	976	977	978
MÉDICO TRATANTE		979	980	981	982	983	984
NOMBRE		985	986	987	988	989	990
MÉDICO TRATANTE		991	992	993	994</td		

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y NÚMERO DE LICENCIA SANITARIA		TIPO DE ATENCIÓN	DOODUME	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE
116060	1	1	07CHIS	1013576
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN	DOOD DE ADSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL(S) PATRÓN (PATRONES)		PUESTO DE TRABAJO
Unidad 13 Chis	Chis	Dra. M. J. de C. de C.		Revisor
INICIAL	SUBS.	RECADA	DÍAS AUTORIZADOS (LETRAS)	NUMERO
			CINCO	05
RAMO DE SEGURO	RESO DE TRABAJO ENFERMEDAD	ATENCIÓN	CONTROL PREMIAL	A PARTIR DEL
	X			14 03 2014
		PRESUP	ENCLAS	DIA MES AÑO
			BSS	14 03 2014
			OTRO	EXPIRADO EL
PROBLEMA RIESGO DE TRABAJO				
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL				
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS				
<p>El asegurado a quien sea entregada copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y duraría el plazo que se indique en este documento.</p> <p>Si al asegurado le resulta difícil laborar debida a su incapacidad señalada en este documento, el patrón deberá autorizar trabajos alternativos y por tanto sujeción a las condiciones establecidas en el contrato de trabajo para que este efectivo las ajustas que proporcione en el pago del sueldo.</p> <p>Si la empresa le permite su totalidad laborar en su establecimiento, el patrón deberá autorizar esta actividad tal como lo dice la cláusula.</p> <p>En caso de estar trabajando como "trabajo de patrón" o "trabajo mixto" se deberá dirigir al Servicio de Salud en su trabajo al Formulario ST-7 y/o ST-9, según corresponda, debidamente llenado.</p>				
TRANSFERENCIA DE SEMANAS		<p>APPELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO</p> <p>SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO</p> <p>MÉDICO: Dr. M. J. de Jesús T. de C. de C.</p> <p>MEDICINA FAMILIAR</p> <p>NOMBRE: Mat. 58334611</p> <p>FIRMA: </p> <p>MATRÍCULA: 1234567890</p>		
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRAS)		<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA</p> <p>Consultar el estatus en https://www.issste.gob.mx/derechos/sectorial-virtual/patrones https://www.imss.gob.mx/derechos/sectorial-virtual/patrones</p>		
COPIA PATRÓN				