



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS : 6113-96-0141 AGREGADO MÉDICO: 1M1996OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

MARCO ANTONIO CUECUECHA MARTINEZ

CURP: CUMM960812HTLCRR07

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: TLAXCALA

UNIDAD:UMF NO. 9

CVE PTAL. 300201252110

CONSULTORIO: 5

TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 6113-96-0141

Serie y Folio WR757077

<b>Unidad Médica Expedidora</b>	<b>Nivel Atención</b>	<b>Delegación Expedidora</b>	<b>Certificado de Incapacidad Serie</b>
UMF No. 9	1	Tlaxcala	WR757077
<b>UMF Adscripción</b>	<b>Delegación Adscripción</b>	<b>Patrón(es)</b>	<b>Puesto de trabajo</b>
UMF No. 9	Tlaxcala	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Agentes y representantes de ventas y consignatarios
<b>Tipo Incapacidad</b>	<b>Días Autorizados(Letra)</b>	<b>Número</b>	<b>A partir del</b>
SUBSECUENTE	dos	2	23/01/2024
<b>Ramo de Seguro</b>		<b>Control Maternidad</b>	<b>Expedido el</b>
Enfermedad general		NO	23/01/2024
<b>Probable Riesgo Trabajo</b>		<b>Días Acumulados</b>	
SI		11	

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**  
SERGIO DAVID VIGUERAS ANIMAS

**Matrícula**  
98225282

**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.

## 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 DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	REGISTRO PATRONAL 0000
---	---------------------------

## DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO

TIPO DE RIESGO : Accidente de trabajo	FECHA DE ACCIDENTE	DÍA 05	MES 01	AÑO 2024
INCAPACIDAD PERMANENTE : NO	INICIO DE LABORES	DÍA 25	MES 01	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 09 CHIAUTEMPAN TLAX	DELEGACIÓN Tlaxcala	UNIDAD MEDICA UMF No. 9	DÍA 23	MES 01	AÑO 2024
NOMBRE DEL MÉDICO QUE FORMULÓ ESTE DICTAMEN. SERGIO DAVID VIGUERAS ANIMAS	MATRÍCULA 98225282	FIRMA DEL MÉDICO 			