



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS : 7188-71-1550 AGREGADO MÉDICO: 1M1971OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

FREDY RAMOS SANCHEZ

CURP: RASF711003HCSMNR07

FECHA DE NACIMIENTO: 03/10/1971

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: CHIAPAS

UNIDAD:UMF 13

TUXTLA GUTIÉRREZ

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 UL358932

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF 13 Tuxtla Gutiérrez	1	Chiapas	UL358932
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF 13 Tuxtla Gutiérrez	Chiapas	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV.	Agentes y representantes de ventas y designatarios
Tipo Incapacidad	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
SUBSECUENTE	siete	7	07/06/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	07/06/2024
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	Matrícula	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
ELSA ELENA REVUELTAS VAZQUEZ	99283866	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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS : 7110-91-2297 AGREGADO MÉDICO: 1M19910R**NOMBRE DEL ASEGURADO:****JOSE DE JESUS GUTIERREZ CHACON****CURP: GUCJ911224HCSTHS00****FECHA DE NACIMIENTO: 24/12/1991****SEXO: MASCULINO****DELEGACIÓN: CHIAPAS****UNIDAD:UMF 25
TUXTLA GUTIÉRREZ****CVE PTAL. 070138252110****CONSULTORIO: 10****TURNO: MATUTINO****DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS****NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 7110912297**

Serie y Folio QN033455

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF 25 Tuxtla Gutiérrez	1	Chiapas	QN033455
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF 25 Tuxtla Gutiérrez	Chiapas	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Empleados de ventas, despachadores y dependientes en comercios
Tipo Incapacidad	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
INICIAL	tres	3	05/06/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	05/06/2024
Probable Riesgo 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 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
YALITH AVILA MEDINA**Matrícula**
99215404**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.



CHIAPAS
09 DISTRITO ELECTORAL FEDERAL
JUNTA DISTRITAL EJECUTIVA

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

Tuxtla Gutiérrez Chiapas; 17 de mayo de 2024
Oficio No. INE/CHIS/09JDE/VE/165/2024

C. Alejandro Cruz Guillén
Supervisor de Ventas
Distribuidora el Toro S.A. de C.V.
Ciudad.

El próximo 2 de junio de 2024 se llevarán a cabo Elecciones Federales y Estatales, para poder instalar las casillas en donde acudimos las y los ciudadanos a votar, la ley mandata que quienes entreguen las boletas, reciban los votos, los cuenten y los registren, sean las y los ciudadanos debidamente capacitados. Para ello, el Instituto Nacional Electoral, de forma aleatoria, selecciona a las y los ciudadanos que fungirán como funcionarios de casilla el día de la jornada electoral.

Por lo anterior, le comunico que el **C. Jorge Alejandro Ambrocio Ríos** ha sido designado funcionario de casilla para desempeñar el cargo de **Presidente** el día de la jornada electoral en la Casilla **Básica** de la Sección Electoral **1679**.

Con base en lo anteriormente expuesto, se le solicita atentamente brinde las facilidades necesarias para la realización de este cometido, tanto para su capacitación electoral en las funciones asignadas; así como los días 2 y 3 de junio en donde desempeñará el cargo para el cual fue designado.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para reiterarle la seguridad de mi consideración distinguida.

Atentamente

Lic. Efraín Alonso Lastra Everardo
Consejero Presidente y
Vocal Ejecutivo de la
09 Junta Distrital Ejecutiva En Chiapas



INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
ESTADO DE CHIAPAS
09 DISTRITO ELECTORAL FEDERAL
JUNTA DISTRITAL EJECUTIVA

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y N° DE LICENCIA SANITARIA			NIVEL ATENCIÓN		COAD/UMAE		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR			
			1 2 3		HG CMR		HQ 757561		710787014311			
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN			COAD DE ADSCRIPCIÓN		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES)			PUESTO DE TRABAJO				
23			07		Distribuidora del Toro SA de CV			Preventa				
INICIAL	SUBS.	RECAIDA	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)			NÚMERO	A PARTIR DEL	DÍA	MES	AÑO		
	X		Veintisiete			27		03	06	2024		
RAMO DE SEGURO	RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL			EXPEDIDO EL	DÍA	MES	AÑO	
		X							06	06	2024	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO			INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL					DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD				
			DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS					39				
<p>• 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 indican en este duplicado.</p> <p>• Si el asegurado regresara 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 este efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.</p> <p>• Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacitado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como riesgo de trabajo.</p> <p>• En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", deberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, según corresponda, debidamente llenado.</p>												
TRANSFERENCIA DE SEMANAS								SI		NO		
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)								NÚMERO				
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA								FIRMA				
MÉDICO TRATANTE								FIRMA				
Alberto Flores Ibarra								FIRMA				
NOMBRE								FIRMA				
Zaira Romero Lopez								FIRMA				
MATRICULA								FIRMA				
991365619511								FIRMA				
<p>1 Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrone</p>												
COPIA PATRÓN												



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS : 9816-99-1794 AGREGADO MÉDICO: 1F1999OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

MARGOTH NANDUCA JONAPA

CURP: NAJM991030MCSNNR02

FECHA DE NACIMIENTO: 30/10/1999

SEXO: FEMENINO

DELEGACIÓN: CHIAPAS

UNIDAD:UMF-UMAA 23 Tuxtla Gutiérrez CVE PTAL. 070122252110

CONSULTORIO: 9 TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: INE IDME1978071481

Serie y Folio OF609738

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF-UMAA 23 Tuxtla Gutiérrez	1	Chiapas	OF609738
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF-UMAA 23 Tuxtla Gutiérrez	Chiapas	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Empleados de ventas, despachadores y dependientes en comercios
Tipo Incapacidad	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
INICIAL	tres	3	31/05/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	31/05/2024
Probable Riesgo Trabajo		Días Acumulados	
SI		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
FREDDY ALEJANDRO DIAZ SOLARES

Matrícula
99076879

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.