



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

NSS : 7188-71-1550 AGREGADO MÉDICO: 1M19710R

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
<b>UMF Adscripción</b>	<b>Delegación Adscripción</b>	<b>Patrón(es)</b>	<b>Puesto de trabajo</b>
UMF 13 Tuxtla Gutiérrez	Chiapas	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	siete	7	07/06/2024
<b>Ramo de Seguro</b>		<b>Control Maternidad</b>	<b>Expedido el</b>
Enfermedad general		NO	07/06/2024
<b>Probable Riesgo Trabajo</b>		<b>Días Acumulados</b>	
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 o particulares 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 *afuefus*  
ELSA ELENA REVUETAS VAZQUEZMatrícula  
99283866Nombre y firma del médico que autoriza  
NO APLICAMatrícula  
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: 1M1991OR

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
<b>UMF Adscripción</b>	<b>Delegación Adscripción</b>	<b>Patrón(es)</b>	<b>Puesto de trabajo</b>
UMF 25 Tuxtla Gutiérrez	Chiapas	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Empleados de ventas, despachadores y dependientes en comercios
<b>Tipo Incapacidad</b>	<b>Días Autorizados(Letra)</b>	<b>Número</b>	<b>A partir del</b>
INICIAL	tres	3	05/06/2024
<b>Ramo de Seguro</b>	<b>Control Maternidad</b>	<b>Expedido el</b>	05/06/2024
Enfermedad general	NO		
<b>Probable Riesgo Trabajo</b>	<b>Días Acumulados</b>		
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 manda 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 MEDICA EXPEDIDORA Y N° DE LICENCIA SANITARIA			NIVEL ATENCIÓN:	ODA/UMAE	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR				
			1 2 3	HG CMR	HQ 737561			710787014311				
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN		OQAD DE ADSCRIPCIÓN	NOMBRE(S) PATRÓN (PATRONES)		PUESTO DE TRABAJO			CURP				
23		07	Distribuidora del Toto SA de CV		Preventa							
INICIAL	SUBS	RECAIDA	DIAS AUTORIZADOS (LETRA)		NÚMERO	A PARTIR DEL	DIAS	MES	AÑO			
			Veintisiete		27		03	06	2024			
RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD	MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL	EXPEDIDO EL	DIAS	MES	AÑO			
RAMO DE SEGURO		X				06 06 2024						
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS								DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD		
										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 regresa 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 efectue 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 tiempo 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>											TRANSFERENCIAS DE SEMANAS	
											SI	
											NO	
											NUMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)	NUMERO
											NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA	
											<p>1 Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual <a href="http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrone">http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrone</a></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 IDMEX1978071481

Serie y Folio OF609738

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