

Incapacidad



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: 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 UL363917

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF 13 Tuxtla Gutiérrez	1	Chiapas	UL363917
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 consignatarios
Tipo Incapacidad	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
SUBSECUENTE	siete	7	02/08/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	02/08/2024
Probable Riesgo		Días Acumulados	
Trabajo		7	
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 *Elena Revueltas Vazquez*
ELSA ELENA REVUETAS VAZQUEZ

Matrícula
99283866

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
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 CVE PTAL. 070104252110
TUXTLA GUTIÉRREZ

CONSULTORIO: 1 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 7188-71-1550

Serie y Folio UL363334

Unidad Médica Expedidora UMF 13 Tuxtla Gutiérrez	Nivel Atención 1	Delegación Expedidora Chiapas	Certificado de Incapacidad Serie UL363334
UMF Adscripción UMF 13 Tuxtla Gutiérrez	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 26/07/2024
Ramo de Seguro Enfermedad general		Control Maternidad NO	Expedido el 26/07/2024
Probable Riesgo Trabajo		Días Acumulados 7	
NO			
<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 indica en este duplicado.</p> <p>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.</p> <p>Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón</p> <p>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</p>			

Nombre y firma del médico
ELSA ELENA REVUELTAS VAZQUEZ

Matrícula
99283866

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
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS : 4616-01-6245 AGREGADO MÉDICO: 1M2001OR
NOMBRE DEL ASEGURADO:
DANIEL ALEJANDRO PEREZ PEREZ
CURP: PEPD010523HCSRRNA3
FECHA DE NACIMIENTO: 23/05/2001
SEXO: MASCULINO
DELEGACIÓN: CHIAPAS
UNIDAD:UMF 13 TUXTLA GUTIÉRREZ CVE PTAL. 070104252110
CONSULTORIO: 14 TURNO: MATUTINO
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 0924126630714

Serie y Folio UL363549

Unidad Médica Expedidora UMF 13 Tuxtla Gutiérrez	Nivel Atención 1	Delegación Expedidora Chiapas	Certificado de Incapacidad Serie UL363549
UMF Adscripción UMF 13 Tuxtla Gutiérrez	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) tres	Número 3	A partir del 29/07/2024
Ramo de Seguro Enfermedad general		Control Maternidad NO	Expedido el 29/07/2024
Probable Riesgo Trabajo . No D		Días Acumulados 3	
<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 indica en este duplicado.</p> <p>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.</p> <p>Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón</p> <p>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</p>			

Nombre y firma del médico
MARIA DEL CARMEN LOPEZ RODRIGUEZ

Matrícula
98079890

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.



DATOS DEL ASEGURADO

1) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE

Perez Perez Daniel Alejandro

2) NÚMERO DE AFILIACIÓN

216116016245

3) CURP

4) MATRÍCULA

5) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN

DATOS DE LA EMPRESA

6) NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

Distribuidora El Toro S.A de C.V.

7) REGISTRO PATRONAL

DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO

8) TIPO DE RIESGO



ACCIDENTE DE TRABAJO

 ACCIDENTE EN TRAYECTO ENFERMEDAD DE TRABAJO

9) FECHA DE ACCIDENTE O DE RECLAMACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO

DIA 180720

10) INICIO DE LABORES

DIA 020820

MES AN

INCAPACIDAD PERMANENTE

SI

NO

 MARCAR SOLO POR SALUD EN EL TRABAJO

NOTA: EN CASO DE PRESENTAR SECUELAS, EL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO DETERMINARA LA FECHA DE INICIO DE LABORES, PREVIA VALORACIÓN CORRESPONDIENTE.

11) LUGAR	DELEGACIÓN	UNIDAD MEDICA	DIA	MES	AÑO	FIRMA DEL MÉDICO
Tuxtla Gutierrez	0701	30108	2024			
12) NOMBRE DEL MÉDICO QUE FÓRMULÓ ESTE DICTAMEN		MATRÍCULA				
Karina Gpe. Ruiz Nuicumbo		98072983				

SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
INCLUSIÓN Y NO EXCLUSIÓN SOCIAL

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

NSS : 7106-85-3292 AGREGADO MÉDICO: 1M19850R
NOMBRE DEL ASEGURADO:
MARCO ANTONIO PEREZ MOLINA
CURP: PEMMB50223HVZRLR02
FECHA DE NACIMIENTO: 23/02/1985
SEXO: MASCULINO
DELEGACIÓN: CHIAPAS
UNIDAD:UMF 34 VILLAFLORES CVE PTAL. 079701252110
CONSULTORIO: 1 TURNO: VESPERTINO
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:CARTILLA DE SALUD Y CITAS MÉDICAS
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 7106853292

Serie y Folio UF704345

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF 34 Villaflor	1	Chiapas	UF704345
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF 34 Villaflor	Chiapas	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Otros comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas en establecimientos, no clasificados anteriormente
Tipo Incapacidad SUBSECUENTE	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
Ramo de Seguro	cinc	5	30/07/2024
Enfermedad general		Control Maternidad	Expedido el
Probable Riesgo Trabajo		NO	30/07/2024
NO		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 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
KARLA PEAGETTE ORANTES VILLAFLORES

Matrícula
98079940

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 EN EL TRABAJO

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

NSS: 7106-85-3292 AGREGADO MÉDICO: 1M19850R
NOMBRE DEL ASEGURADO:
MARCO ANTONIO PEREZ MOLINA
CURP: PEMMB50223HVZRLR02
FECHA DE NACIMIENTO: 23/02/1985
SEXO: MASCULINO
DELEGACIÓN: CHIAPAS
UNIDAD: UMF 34
VILLAFLORES
CONSULTORIO: 1
CVE PTAL. 079701252110
TURNO: VESPERTINO
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 7106853292

Serie y Folio UF704300

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF 34 Villaflóres	1	Chiapas	UF704300
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF 34 Villaflóres	Chiapas	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Otros comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas en establecimientos, no clasificados anteriormente
Tipo Incapacidad INICIAL	Días Autorizados (Letra)	Número	A partir del
Ramo de Seguro	uno	1	29/07/2024
Enfermedad general		Control Maternidad	Expedido el
Probable Riesgo Trabajo		NO	29/07/2024
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 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

DANNY JACQUELINE GONZALEZ SANCHEZ

Matrícula

98079780

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.