



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 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	si.e.e	7	02/08/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	02/08/2024
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 *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 : 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	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF 13 Tuxtla Gutiérrez	1	Chiapas	UL363334
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	26/07/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	26/07/2024
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
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	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF 13 Tuxtla Gutiérrez	1	Chiapas	UL363549
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF 13 Tuxtla Gutiérrez	Chiapas	DISTRIBUIDORA EL TORO, S.A. DE C.V.	Agentes y representantes de ventas y consignatarios
Tipo Incapacidad	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
SUBSECUENTE	tres	3	29/07/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	29/07/2024
Probable Riesgo Trabajo		Días Acumulados	
NO SI		3	

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
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) NUMERO DE AFILIACIÓN

4 6 1 6 0 1 6 2 4 5

3) CURP

4) MATRICULA

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

DÍA MES AÑO
1 8 0 7 2 0

10) INICIO DE LABORES

DÍA MES AÑO
0 2 0 8 2 0

INCAPACIDAD PERMANENTE

SI



NO



MARCAR SOLO POR SALUD EN EL TRABAJO

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

11) LUGAR

Tuxtla Gutierrez

DELEGACIÓN

UNIDAD MÉDICA

DÍA

MES

AÑO

0 7

0 1

3 0

1 0

8 2

0 2

2 0

2 0

2 0

12) NOMBRE DEL MÉDICO QUE FORMULÓ ESTE DICTAMEN

Karina Gpe. Ruiz Nuicumbo

MATRICULA

9 8 0 7 2 9 8 3

FIRMA DEL MÉDICO

SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO

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

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

NSS : 7106-85-3292 AGREGADO MÉDICO: 1M1985OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

MARCO ANTONIO PEREZ MOLINA

CURP: PEMM850223HVZRLR02

FECHA DE NACIMIENTO: 23/02/1985

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: CHIAPAS

UNIDAD:UMF 34

CVE PTAL. 079701252110

VILLAFLORES

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 Villaflores	1	Chiapas	UF704345
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF 34 Villaflores	Chiapas	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Otros comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas en establecimientos, no clasificados anteriormente
Tipo Incapacidad	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
SUBSECUENTE	cinco	5	30/07/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	30/07/2024
Probable Riesgo Trabajo		Días Acumulados	
NO		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?**

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 SALUD PARA TODOS

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: PEMM850223HVZRLR02

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 UF704300

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

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?

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.