



DATOS DEL ASEGURADO

1) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) KATIA ANGELICA CASTAÑEDA GARCIA	2) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 4800-77-3637	D.V.
3) CURP	EN CASO DE SER TRABAJADOR DEL IMSS	
	4) MATRÍCULA	5) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL

DATOS DEL PATRÓN

6) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA EL TORO, S.A. DE C.V.	7) REGISTRO PATRONAL	D.V.
--	----------------------	------

DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO

8) FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO	DÍA 29	MES 08	AÑO 2024	9) FECHA DE INICIO DE LABORES	DÍA 03	MES 09	AÑO 2024
--	-----------	-----------	-------------	-------------------------------	-----------	-----------	-------------

10) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ ESTE DICTAMEN DR. JOSE HERNANDEZ CASTILLO	11) MATRÍCULA 10452079	12) FECHA DE ELABORACIÓN DEL AVISO DE ALTA	DÍA 02	09	AÑO 2024	13) UNIDAD MÉDICA UMF 55	14) OOAD 22
---	---------------------------	--	-----------	----	-------------	-----------------------------	----------------

15) RECIBÍ DOS TANTOS, UNO PARA EL ASEGURADO Y OTRO PARA ENTREGARLO AL PATRÓN KATIA ANGELICA CASTAÑEDA GARCIA	02/09/2024
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO	FECHA: