



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS: 1014-95-3800 AGREGADO MÉDICO: 1M1995OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

ROBERTO CARLOS HERNANDEZ ESTUDILLO

CURP: HEER950615HCSRSB07

FECHA DE NACIMIENTO: 15/06/1995

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: CHIAPAS

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

CONSULTORIO: 11 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 2166096233777



Serie y Folio OF621212

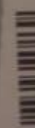
Unidad Médica Expedidora UMF-UMAA 23 Tuxtla Gutiérrez	Nivel Atención 1	Delegación Expedidora Chiapas	Certificado de Incapacidad Serie OF621212
UMF Adscripción UMF-UMAA 23 Tuxtla Gutiérrez	Delegación Adscripción Chiapas	Patrón(es) DISTRIBUIDORA DEL TORO S.A. DE C.V.	Puesto de trabajo Otros vendedores ambulantes no clasificados anteriormente
Tipo Incapacidad SUBSECUENTE	Días Autorizados(Letra) cuatro	Número 4	A partir del 28/10/2024
Ramo de Seguro Enfermedad general		Control Maternidad NO	Expedido el 28/10/2024
Probable Riesgo Trabajo NO		Días Acumulados 3	

El incapacitado tiene derecho a subsidio
a) Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de incapacidad.
b) Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional a partir del 4º día de estar incapacitado, si tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.
c) En caso de maternidad, durante 42 días anteriores al parto y 42 días posteriores al mismo, si ha cubierto al menos 30 cotizaciones semanales en los 12 meses anteriores al periodo prenatal.
d) Para el cobro de la prestación económica deberá presentar una identificación oficial con fotografía.

Nombre y firma del médico BOLIVAR ENRIQUE VAZQUEZ RAMIREZ	Matrícula 97070902	Cédula Prof. 4431050	Nombre y firma del médico que autoriza NO APLICA	Matrícula NO APLICA
---	------------------------------	--------------------------------	--	-------------------------------

COPIA ASEGURADO

AHORA ES POSIBLE REGISTRAR TU CUENTA BANCARIA PARA RECIBIR EL PAGO DE TU SUBSIDIO POR INCAPACIDAD:
Acude a la ventanilla de Control de Prestaciones de tu clínica de adscripción con los siguientes documentos en original y copia:
1. Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE.





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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



NSS : 1014-95-3800 AGREGADO MÉDICO: 1M1995OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

ROBERTO CARLOS HERNANDEZ ESTUDILLO

CURP: HEER950615HCSRSB07

FECHA DE NACIMIENTO: 15/06/1995

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: CHIAPAS

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

CONSULTORIO: 11 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1014-95-3800

Serie y Folio OF621150

Unidad Médica Expedidora UMF-UMAA 23 Tuxtla Gutiérrez	Nivel Atención 1	Delegación Expedidora Chiapas	Certificado de Incapacidad Serie OF621150
UMF Adscripción UMF-UMAA 23 Tuxtla Gutiérrez	Delegación Adscripción Chiapas	Patrón(es) DISTRIBUIDORA DEL TORO S.A. DE C.V.	Puesto de trabajo Otros vendedores ambulantes no clasificados anteriormente
Tipo Incapacidad INICIAL	Días Autorizados(Letra) tres	Número 3	A partir del 25/10/2024
Ramo de Seguro Enfermedad general		Control Maternidad NO	Expedido el 25/10/2024
Probable Riesgo Trabajo NO		Días Acumulados 0	

El incapacitado tiene derecho a subsidio

a) Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de incapacidad.

b) Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional a partir del 4º día de estar incapacitado, si tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.

c) En caso de maternidad, durante 42 días anteriores al parto y 42 días posteriores al mismo, si ha cubierto al menos 30 cotizaciones semanales en los 12 meses anteriores al periodo prenatal.

d) Para el cobro de la prestación económica deberá presentar una identificación oficial con fotografía.

Nombre y firma del médico
AQUILES ANTONIO VALDIVIEZO

Matrícula
99073558

Nombre y firma del médico que autoriza
NO APLICA

Matrícula
NO APLICA

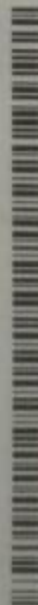
COPIA ASEGURADO

AHORAS ES POSIBLE REGISTRAR TU CUENTA BANCARIA PARA RECIBIR EL PAGO DE TU SUBSIDIO POR INCAPACIDAD:

Acude a la ventanilla de Control de Prestaciones de tu clínica de adscripción con los siguientes documentos en original y copia:

1. Estado de cuenta bancario con cuenta CLABE.
2. Identificación oficial vigente.
3. Documento con NSS.

Si cuentas con Firma electrónica (FIEL) también puedes realizar el trámite por Internet desde el escritorio virtual.



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

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

NSS : 7106-86-3765 AGREGADO MÉDICO: 1M1986OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

OCTAVIO DE JESUS PEREZ PEREZ

CURP: PEPO860228HCSRR07

FECHA DE NACIMIENTO: 28/02/1986

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: CHIAPAS

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

CONSULTORIO: 16 TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 2499200118

Serie y Folio OF621326

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF-UMAA 23 Tuxtla Gutiérrez	1	Chiapas	OF621326
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF-UMAA 23 Tuxtla Gutiérrez	Chiapas	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Demostradores y promotores
Tipo Incapacidad	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
INICIAL	tres	3	28/10/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	28/10/2024
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 debera 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	Cédula Prof.	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
FERNANDO ALVAREZ RODRIGUEZ	98070830	7347789	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.