



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: 1M19950R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

ROBERTO CARLOS HERNANDEZ ESTUDILLO

CURP: HEER950615HCSR5B07

FECHA DE NACIMIENTO: 15/06/1995

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: CHIAPAS

UNIDAD:UMF-UMAA 23 CVE PTAL. 070122252110

TUXTLA GUTIÉRREZ

CONSULTORIO: 11 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 2166096233777

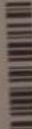
Serie y Folio OF621212

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF-UMAA 23 Tuxtla Gutiérrez	1	Chiapas	OF621212
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF-UMAA 23 Tuxtla Gutiérrez	Chiapas	DISTRIBUIDORA DEL TORO S.A. DE C.V.	Otros vendedores ambulantes no clasificados anteriormente
Tipo Incapacidad	Días Autorizados (Letra)	Número	A partir del
SUBSECUENTE	cuatro	4	28/10/2024
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
Enfermedad general		NO	28/10/2024
Probable Riesgo		Días Acumulados	
Trabajo		3	
NO			
El incapacitado tiene derecho a subsidio <ul style="list-style-type: none"> 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	Matrícula	Cédula Prof.	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
BOLIVAR ENRIQUE VAZQUEZ RAMIREZ	97070902	4431050	NO APLICA	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: 1M19950R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

ROBERTO CARLOS HERNANDEZ ESTUDILLO

CURP: HEER950615HCSRSB07

FECHA DE NACIMIENTO: 15/06/1995

SEXO: MASCULINO

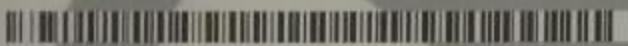
DELEGACIÓN: CHIAPAS

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

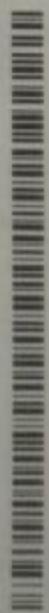
COPIA ASEGURADO

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.
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: PEPO860228HCSRRC07

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 UMF-UMAA 23 Tuxtla Gutiérrez	Nivel Atención 1	Delegación Expedidora Chiapas	Certificado de Incapacidad Serie OF621326
UMF Adscripción UMF-UMAA 23 Tuxtla Gutiérrez	Delegación Adscripción Chiapas	Patrón(es) DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Puesto de trabajo Demostradores y promotores
Tipo Incapacidad INICIAL	Días Autorizados(Letra) tres	Número 3	A partir del 28/10/2024
Ramo de Seguro Enfermedad general		Control Maternidad NO	Expedido el 28/10/2024
Probable Riesgo Trabajo		Días Acumulados 0	
NO			
<ul style="list-style-type: none"> 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	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.