

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO**DICTAMEN DE ALTA POR RIESGO DE TRABAJO  
ST-2****DATOS DEL ASEGURADO**

1) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE HERNANDEZ MONROY VANESSA	2) NUMERO DE AFILIACION 1612 9 4585 1F19930R
3) CURP	
4) MATRICULA	5) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD DE ADSCRIPCION

**DATOS DE LA EMPRESA**

6) NOMBRE O RAZON SOCIAL INTIMARK S. DE R.L. DE C.V.	7) REGISTRO PATRONAL
---	----------------------

**DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO**

8) TIPO DE RIESGO: AUN NO SE CALIFICA ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN TRAYECTO X <input checked="" type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> MARCAR SOLO POR SALUD EN EL TRABAJO	9) FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO DIA MES AÑO 01 10 2023 10) INICIO DE LABORES DIA MES AÑO 15 10 2023
---	---

2

NOTA: EN CASO DE PRESENTAR SECUELAS EN EL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO DETERMINARA LA FECHA DE INICIO DE LABORES, PREVIA VALORACION CORRESPONDIENTE  
FIRMA DEL MEDICO

11) LUGAR IXTLAHUACA MEX CLINICA 226	DELEGACION 16	UNIDAD MEDICA 226	DIA 11	MES 10	AÑO 2023
12) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN M.F. LUZ MARIA PINTO RAMOS SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO	MATRICULA 99161905				

001 6867

ST-2/97