

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

DICTAMEN DE ALTA POR RIESGO DE TRABAJO

IMSS

ST-2

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DATOS DEL ASEGURADO

1) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE  
**MUÑOZ DE COTE BALDERAS MITZI**

2) NUMERO DE AFILIACION  
**3098-77-0277 1F1977OR**

3) CURP

MATRICULA  
**NO APLICA**

5) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION

DATOS DE LA EMPRESA

6) NOMBRE O RAZON SOCIAL  
**GRUPO GIF SEGURIDAD PRIVADA SA DE CV**

7) REGISTRO PATRONAL

DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO

8) TIPO DE RIESGO DE TRABAJO

☐ ACCIDENTE DE  
TRABAJO

☐ ACCIDENTE EN  
TRAYECTO

☐ ENFERMEDAD  
DE TRABAJO

9) FECHA DE ACCIDENTE O  
RECLAMACION DE LA  
ENFERMEDAD DE TRABAJO  
10) INICIO DE LABORES

INCAPACIDAD PERMANENTE SI ☐ NO ☐ MARCAR POR SALUD EN EL TRABAJO

DIA	MES	AÑO
11	4	2023
DIA	MES	AÑO
22	4	2023

NOTA: EN CASO DE PRESENTAR SECUELAS, EN EL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO SE DETERMINARA LA FECHA DE INICIO DE LABORES PREVI VALORACION COORRESPONDIENTE

11) LUGAR <b>MEXICO, D. F.</b>	DELEGACION <b>4</b>	UMF 21	DIA MES AÑO <b>19/04/2023</b>
NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN <b>DRA. Penélope Yadira Valverde Flores</b>			MATRICULA <b>97382316</b>

FIRMA DEL MEDICO