



Consentimiento individual para formar parte del Seguro de Grupo de Vida solicitado a Grupo Nacional Provincial S.A. por el grupo al que pertenezco, constituido con el personal activo de:						Número de Seguro		Número de Cobertura	
						G1 19 21433			
SIRVASE ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE O DE SER POSIBLE CON MAQUINA DE ESCRIBIR									
Nombre del Contratante (Razón Social)									
GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA						00760			
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s)			
RUIZ			ORTIZ			JAVIER			
Fecha de Nacimiento			Fecha en que inicio sus actividades dentro de la empresa, organización, etc.			Fecha de alta en el grupo			
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
28	11	62	01	05	94				
Ocupación			Suma asegurada solicitada			Sueldo base mensual			
EMPLEADO			\$ 100,000.00						
Detallar ocupación <u>AGENTE DE LA POLICIA JUDICIAL</u>									
Beneficiarios (*)						%		Parentesco (para efectos de identificación)	
[Redacted]						25		HIJA	
						50		HIJO	
						25		HIJA	
Fechado en (lugar)						Fecha			
LA EXPERIMENTAL, SAN ANTONIO DE LA CAL, CENTRO OAX.						Día	Mes	Año	
						01	08	97	
Si el solicitante es menor de edad					(Si el interesado no puede o no sabe firmar deberá imprimir la huella digital del dedo pulgar de su mano derecha)				
Firma del padre o tutor					Firma del solicitante				
(*) RECOMENDACIONES PARA LA DESIGNACION DE BENEFICIARIOS									
El asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de beneficiarios atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre la suma asegurada y la entregue a otras, por ejemplo: a " los hijos menores del Asegurado".									
1. Si hay varios beneficiarios y Usted desea que reciban conjuntamente la suma asegurada, deberá hacer su designación de tal forma que quede claro quiénes y cuántos van a recibir, por ejemplo: Juan Pérez Martínez, 50%, Padre y María Rodríguez de Pérez, 50%, Madre.									
2. Si por el contrario, Usted desea que exista un primer beneficiario y sólo a falta de éste, la suma asegurada se entregue a otro, su designación será de la siguiente manera: Juan Pérez Martínez, 100%, Padre y en caso de la muerte a María Rodríguez de Pérez, 100%, Madre									
3. Es necesario anotar los nombres y parentescos de los beneficiarios (para efectos de identificación) en forma clara.									

DE DERECHOS HUMANOS  
LITO Y SERVICIOS A LA  
UNIDAD.  
ZADA DE BÚSQUEDA Y  
ESAPARECIDAS



DATOS PERSONALES PARA LA EXPEDICION DE NOMBRAMIENTOS Y DEMAS DOCUMENTOS:

[Redacted]

762

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre (s): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: 28 de Noviembre de 1962

00761

LUGAR DE NACIMIENTO: Michuatlan de Porfirio Diaz Oaxaca

DOMICILIO ACTUAL: Calle Norte 3 num 1002 col. Victor B. Raza Oax

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: CASADO (X) SOLTERO ( ) UNION LIBRE ( )

LUGAR Y FECHA DE CASAMIENTO POR LO CIVIL: Michuatlan de P. Diaz Oax.  
15 de abril de 1985

NOMBRE DE LOS PADRES:

[Redacted]

SI. ( ) NO.

SI. ( ) NO.

CLAVE DEL SEGURO SOCIAL (si ya han estado asegurados): \_\_\_\_\_

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES: RU0J-621128  
0831284621

NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA: 13

ESTADO DE LA REPUBLICA  
ESPECIALIZADA EN  
DELINCUENCIA  
ZACATECAS

nombre.

hija  
parentesco.

Indecente Victoria Ruiz Zavolota Ignacio Rayon 203 Michuatlan Oax

[Redacted]

hija  
parentesco.

hija  
parentesco.

Esposa  
parentesco.

Oax.

X 1

AD.  
DE BÚSQUEDA C

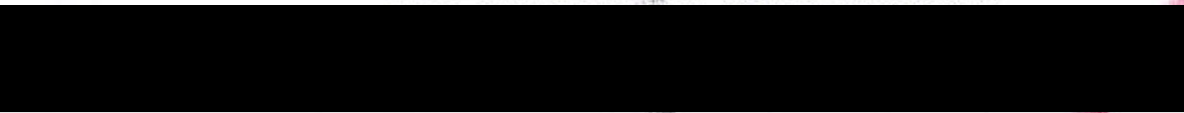


GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE OAXACA. SRIA. DE ADMINISTRACION

DEPENDENCIA: SECRETARIA DE ADMINISTRACION. DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS. DEPARTAMENTO DE CONTROL DE TRAMITES. EXPEDIENTE: 1/120 "70"/85.

00762

CEDULA DE PROTECCION DECLARACION DE BENEFICIARIOS



CATEGORIA ASIGNADA AGENTE DE LA POLICIA JUDICIAL 5-B DEPENDIENTE DE LA PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO.

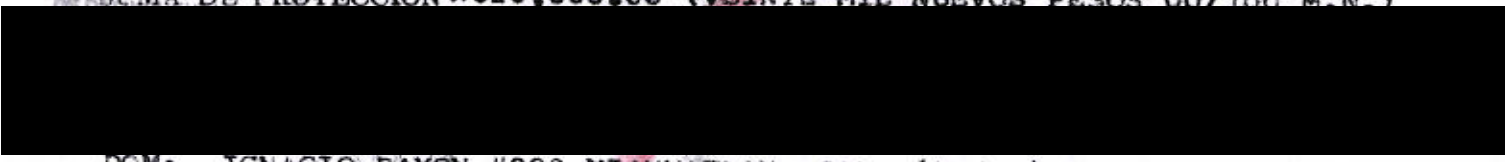
DOMICILIO CALLE NORTE 3, No. 1002, COL. VICTOR BRAVO AHUJA, OAX.

FECHA DE NACIMIENTO 27 DE NOVIEMBRE DE 1962

FECHA DE INGRESO AL SERVICIO 19 DE MAYO DE 1994.

SEXO MASCULINO.

SUMA DE PROTECCION N\$20,000.00 (VEINTE MIL NUEVOS PESOS 00/100 M.N.)



DCM: IGNACIO RAYON #203 MIAHUATLAN, OAX. (todos)

PARENTESCO HIJOS Y ESPOSA.

Oaxaca de Juárez, Oax., a 16 de MAYO de 19 94

Firma del Empleado o Funcionario

LA PRESENTE DECLARACION FUE HECHA ANTE EL SUSCRITO.

EL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS



Mlm.

Vertical stamp: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS Y SERVICIOS A LA UNIDAD. DIRECCION DE BÚSQUEDA Y DESAPARECIDOS. 26

Vertical stamp: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS Y SERVICIOS A LA UNIDAD. DIRECCION DE BÚSQUEDA Y DESAPARECIDOS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTADAL EN OAXACA  
HOSPITAL RURAL "S" # 24  
MIATUATIAN, OAX.

A.P.S. 603

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD A TRABAJADORES DEL GOBIERNO DEL ESTADO

00763

MODALIDAD 36



NUMERO DE AFILIACION 1682 63 2155 1m 63 ORD.

DEPENDENCIA: PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA.

NUMERO DE DIAS 05 CON LETRA cinco.

APARTIR DEL 09/11/96 EXPEDIDA EL 11/11/96.

DR. DIAZ SANCHEZ R. E.  
NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL MEDICO-  
TRATANTE. 2670858

DE LA REPUBLICA  
ESPECIALIZADA EN  
DELINCUENCIA  
TADA  
EN INVESTIGACION



DERECHOS HUMANOS  
LITO Y SERVICIOS A LA  
NIDAD.  
AGA DE BÚSQUEDA DE  
SAPARECIDAS



DERECHOS HUMANOS  
LITO Y SERVICIOS A LA  
NIDAD.  
AGA DE BÚSQUEDA DE  
SAPARECIDAS



NSS : 1682-63-2155 AGREGADO MÉDICO: 1M1963OR  
 NOMBRE DEL ASEGURADO:  
**JAVIER RUIZ ORTIZ**  
 CURP: RU0J631127DKX768A1 SEXO: MASCULINO  
 DELEGACIÓN: OAXACA  
 UNIDAD: UMF NO. 1 CVE PTAL. 210212252110  
 CONSULTORIO: 21 TURNO: MATUTINO  
 DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA DE SALUD Y CITAS M DICAS

00764

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



Serie y Folio ZZ086593

<b>Unidad Médica Expedidora</b> UMF No. 1	<b>Nivel Atención</b> 1	<b>Delegación Expedidora</b> Oaxaca	<b>Certificado de Incapacidad Serie</b> ZZ086593
<b>UMF Adscripción</b> UMF No. 1	<b>Delegación Adscripción</b> Oaxaca	<b>Patrón(es)</b> gobierno del estado pgj	<b>Puesto de trabajo</b> policia ministerial
<b>Tipo Incapacidad</b> SUBSECUENTE	<b>Días Autorizados (Letra)</b> uno	<b>Número</b> 1	<b>A partir del</b> 07/02/2005
<b>Ramo de Seguro</b> ENFERMEDAD GENERAL		<b>Control Maternidad</b>	<b>Expedido el</b> 07/02/2005
<b>Probable Riesgo Trabajo</b>		<b>Días Acumulados</b> 7	

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

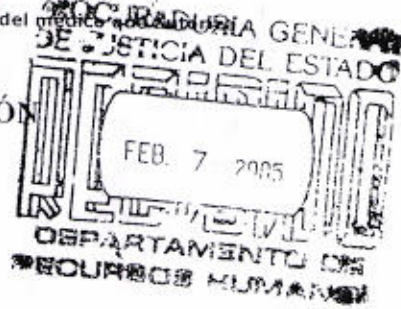
Nombre y firma del médico  
 EFRAIN SEBASTIAN NORIEGA

Matrícula  
 5368464

Nombre y firma del médico  
 NO APLICA

Matrícula  
 NO APLICA

COPIA PATRÓN



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
 DIRECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS  
 Y SERVICIOS A LA CIUDADADANIA  
 DIVISIÓN DE BÚSQUEDA DE  
 PERSONAS DESAPARECIDAS  
 4.26

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
 DIRECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS  
 Y SERVICIOS A LA CIUDADADANIA  
 DIVISIÓN DE BÚSQUEDA DE  
 PERSONAS DESAPARECIDAS



UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA <b>H62 L</b>		NIVEL ATENCIÓN <b>1 1 3</b>	DELEGACIÓN <b>OAX</b>	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD-SERIE <b>JH 230295</b>	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR <b>16826321552</b>		
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN <b>CL</b>	DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN <b>21</b>	NOMBRE DEL (LOS) PATRONES <b>Gobierno del Estado</b>		PUESTO DE TRABAJO <b>Político Municipal</b>			
INICIAL <input type="checkbox"/>	SUBS <input checked="" type="checkbox"/>	RECAIDA <input type="checkbox"/>	DIAS AUTORIZADOS (LETRA) <b>Venticinco</b>	NÚMERO <b>21</b>	A PARTIR DEL DIA <b>9</b>	MES <b>02</b>	AÑO <b>2005</b>
RAMO DE SEGURO	RIESGO DE TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/>	ENFERMEDAD	MATERNIDAD	CONTROL MATERNIDAD	EXPEDIDO EL DIA <b>9</b>	MES <b>02</b>	AÑO <b>2005</b>
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS					DIAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD <b>17</b>	

APellidos Paterno Materno y Nombre(s) del Asegurado  
**Ramón Otilio...**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO  
**058327663212**

MÉDICO TRATANTE  
**D. Raúl Figueroa**

NOMBRE  
**RAÚL FIGUEROA**

MATRÍCULA  
**331572**

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA

**00765**

COPIA PATRÓN

- El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el período que se indican 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 este 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".

DE LA REPÚBLICA  
ESPECIALIZADA EN  
QUINCUENIA  
INVESTIGACIÓN  
FOLIO DE ARMA



DE DERECHOS HUMANOS  
DELITO Y SERVICIOS A LA  
MUNICIPALIDAD  
DE BÚSQUEDA DE  
DESAPARECIDAS  
ESA 26



DE DERECHOS HUMANOS  
DELITO Y SERVICIOS A LA  
MUNICIPALIDAD  
DE BÚSQUEDA DE  
DESAPARECIDAS



ALICIA

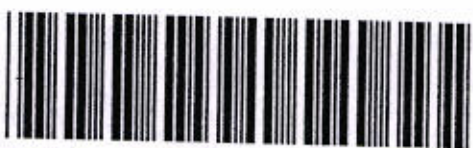
0 767



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

NSS : 1682-63-2155 AGREGADO MÉDICO: 1M1963OR  
 NOMBRE DEL ASEGURADO:  
 JAVIER RUIZ ORTIZ  
 CURP : RUOJ631127DKX768A1 SEXO:MASCULINO  
 DELEGACIÓN: OAXACA  
 UNIDAD:UMF NO. 1 CVE PTAL. 210212252110  
 CONSULTORIO: 21 TURNO: MATUTINO  
 DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL  
 ASEGURADO:CREDECIAL IMSS

00766



Serie y Folio ZZ086467

<b>Unidad Médica</b> Expedidora	<b>Nivel Atención</b>	<b>Delegación Expedidora</b>	<b>Certificado de Incapacidad Serie</b>
UMF No. 1	1	Oaxaca	ZZ086467
<b>UMF Adscripción</b>	<b>Delegación Adscripción</b>	<b>Patrón(es)</b>	<b>Puesto de trabajo</b>
UMF No. 1	Oaxaca	gobierno del estado pgj	policia ministerial
<b>Tipo Incapacidad</b>	<b>Días Autorizados(Letra)</b>	<b>Número</b>	<b>A partir del</b>
SUBSECUENTE	siete	7	31/01/2005
<b>Ramo de Seguro</b>		<b>Control Maternidad</b>	<b>Expedido el</b>
ENFERMEDAD GENERAL			31/01/2005
<b>Probable Riesgo</b>		<b>Días Acumulados</b>	
Trabajo		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 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: EFRAIN SEBASTIAN NORIEGA DÍAZ EN MATRÍCULA 5368464  
 Nombre y firma del médico que autoriza: NO APLICA MATRÍCULA NO APLICA

COPIA PATRÓN



7-8  
 DE DERECHOS HUMANOS  
 LITO Y SERVICIOS A LA  
 INIDAD.  
 ADA DE BÚSQUEDA  
 SAPARECIDAS  
 SA 26

DE LA REPUBLICA  
 MEXICANOS  
 DERECHOS HUMANOS  
 Y SERVICIOS A LA  
 AD.  
 DE BÚSQUEDA  
 PARECIDAS



UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA		NIVEL ATENCION		INDELEGACION		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD/SERIE		NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADOR			
02 No		03		OAX		OJ 178091		1 6 8 2 6 3 2 5 5 8 7			
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ATRIBUCION		DELEGACION DE ATRIBUCION		NOMBRE DEL(LOS) PATRON(ES)				PUESTO DE TRABAJO			
01		Oax		Procuraduria PSJ Gral. Justicia				Comandante			
RISGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL MATERNIDAD		EXPEDIDO EL		DIA MES AÑO	
UNO		XX						23 01 2005		23 01 2005	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		RISGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		EXPEDIDO EL		DIA MES AÑO	
								23 01 2005		23 01 2005	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS



- El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el período que se indican en este cupón.
- Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del período de incapacidad señalado en este documento, el patrón deberá avisar inmediatamente por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que este efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.
- Los riesgos profesionales ocurridos durante períodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón.
- En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo de trabajo", el patrón deberá avisar al IMSS del formato ST-1 "aviso para calificar probable riesgo de trabajo" en un lapso no mayor a 24 horas.

NOMBRE		CARGO		FIRMA DEL MEDICO QUE AUTORA	

00767

COPIA PATRÓN



DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION Y SERVICIOS A LA CIUDADANIA  
DIVISION DE BÚSQUEDA DE PARECIDAS  
A 26

DE LA REPUBLICA  
DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION Y SERVICIOS A LA CIUDADANIA  
DIVISION DE BÚSQUEDA DE PARECIDAS



UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA <b>UHF 1</b>		NIVEL ATENCION <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		DELEGACION <b>OAX</b>		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE <b>JJ 178670</b>		NOMBRADO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGNO VERIFICACION <b>1682632155</b>					
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCION <b>UHF 1</b>		DELEGACION DE ADSCRIPCION <b>021</b>		NOMBRE DEL (LOS) PATRON(ES) <b>GOB. DEL ESTADO</b>		PUESTO DE TRABAJO <b>Policia Municipal</b>		CURP					
RISGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL MATERNIDAD		DIA		MES		AÑO	
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<b>24</b>		<b>01</b>		<b>05</b>	
RAMO DE SEGURO		DIAS AUTORIZADOS (LETRA) <b>State</b>		NUMERO <b>07</b>		A PARTIR DEL		DIA		MES		AÑO	
PROBABLE RISGO DE TRABAJO		EXPEDIDO EL		DIA		MES		DIA		MES		AÑO	
<input type="checkbox"/>		<b>24</b>		<b>01</b>		<b>05</b>		<b>24</b>		<b>01</b>		<b>05</b>	

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
**PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO**  
**DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO  
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MEDICO QUE AUTORIZA

**00768**

**COPIA PATRÓN**

- El asegurado a quien se entregó copia de este documento en el momento de la incapacidad para trabajar a partir de la fecha y durante el período que se indican en el presente documento.
- Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del período de incapacidad señalado en este documento, el patrón deberá avisar inmediatamente al Instituto de Prestaciones Económicas del Instituto, para que este efectúe los ajustes que proceden en el pago del subsidio.
- Los riesgos profesionales ocurridos durante períodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón.
- En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo de trabajo" en un lapso no mayor a 24 horas.

DE LA REPUBLICA ESPECIALIZADA EN DELINCUENCIA EN INVESTIGACION SERVICIO DE ARMAS UNICO MEXICANO DE LA REPUBLICA

DE LA REPUBLICA INVESTIGACION DEL PODER JUDICIAL DE LA PAZ DE AMAN

DE LA REPUBLICA DE DERECHOS HUMANOS DELITO Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD. ESPECIALIZADA DE BÚSQUEDA DE DESAPARECIDAS

26





PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE OAXACA

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO  
MAR 9 2002  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

DEPENDENCIA:	PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL EDO.
SECCION:	POLICIA MINISTERIAL
NUMERO:	3469
EXPEDIENTE:	III(V)/2002.

ASUNTO: SE COMUNICA REANUDACION DE LABORES. 00769

La Experimental, San Antonio de la Cal, Centro, Oax., a 08 de Marzo del 2002.



PROCURADOR GENERAL DE JUST. DEL EDO. PRESENTE.

Me permito hacer de su superior conocimiento que el día 07 del actual, se presentó a reanudar sus labores el C. JAVIER RUIZ ORTIZ, Jefe de Grupo de la Policia Ministerial del Estado, número 7-08, después de las incapacidades que le otorgó el Instituto Mexicano del Seguro Social, por 16 días.

RESPECTUOSAMENTE.

SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION.  
"EL RESPETO AL DERECHO AJENO ES LA PAZ"  
EL DIRECTOR DE LA POLICIA MINIST. DEL EDO.

POLICIA MINISTERIAL  
DEPTO. ADMINISTRATIVO



RECORDS MANAGEMENT  
BY SERVICIOS ALA  
AD.  
ADMHR MJL GRR rrg.  
APARCOBAP  
126

REPUBLICA  
DE DERECHOS HUMANOS  
DELITO Y SERVICIOS A LA  
COMUNIDAD  
IZADA DE BÚSQUEDA E  
DESAPARECIDAS

AL CONTESTAR ES OBLIGADO PONER EL NUMERO DE LA DEPENDENCIA Y SECCION QUE LO GIRO



UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA: **UNIF** DELEGACION: **OAXACA** CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE: **IM 945299**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCION: **UNIF** DELEGACION: **OAX** NOMBRE DEL (LOS) PATRONES: **LOB- EDD**

INICIAL	SURSIDARE	RECAIDA	DIAS AUTORIZADOS (LETRA)	NUMERO	A PARTIR	DEL	DIA	MES	ANO
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Siete</b>	<b>07</b>			<b>11</b>	<b>02</b>	<b>2002</b>

RAMO DE SEGURO	RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD GENERAL	MATERNIDAD	CONTROL MATERNIDAD	EXPEDIDO	DEL	DIA	MES	ANO
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<b>11</b>	<b>02</b>	<b>2002</b>

PRENATAL:  ENLACE:  POSTNATAL:  SI:  NO:

PROBABLE RIESGO:

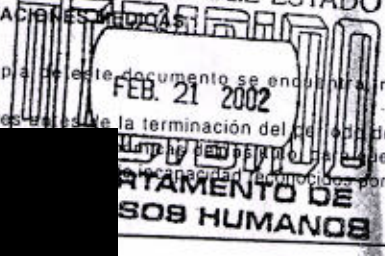
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (DIGNO VERIFICADOR): **1692632155**

NOMBRE DEL ASEGURADO: **FRANCISCO NORIEGA**

MATRICULA: **3368464**

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO EXPEDIDOR: **Dr. Sebastián Noriega**

PROCURADURIA GENERAL DE DEFENSA SOCIAL DEL ESTADO  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS



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 indican 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 hacer los ajustes que procedan en el pago del subsidio. Las obligaciones técnicas por el IMSS quedarán a cargo del patrón.

TRATAMIENTO DE **SOS HUMANOS**

7-8

DUPLICADO PATRON

00770



DERECHOS HUMANOS  
Y SERVICIOS A LA  
CIUDAD.  
DEPARTAMENTO DE  
BÚSQUEDA DE  
PERSONAS  
APARECIDAS  
A-26

DERECHOS HUMANOS  
Y SERVICIOS A LA  
CIUDAD.  
DEPARTAMENTO DE  
BÚSQUEDA DE  
PERSONAS  
APARECIDAS



00772

UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA UMF 1		DELEGACION OAXACA	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE IM 945292	
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCION UMF 1	DELEGACION OAX	NOMBRE DEL (LOS) PATRÓN(ES) GOLPEADO		
INICIAL <input checked="" type="checkbox"/>	SUBSECUENTE <input type="checkbox"/>	RECAIDA <input type="checkbox"/>	DIAS AUTORIZADOS (LETRA) DOS	
RAMO DE SEGURO <input checked="" type="checkbox"/>		RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD GENERAL	MATERNIDAD
PROBABLE RIESGO <input type="checkbox"/>		CONTROL MATERNIDAD		PRENATAL ENLACE POSTNATAL
		SI		NO
		NUMERO	A PARTIR DEL	DIAS
			19	02
			2002	
		NUMERO	A PARTIR DEL	DIAS
			19	02
			2002	

NOMBRE DEL ASEGURADO										
Efraín Sebastián Noriega										
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO										
M. S. No. 3368464										

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

FEB 19 2002

El asegurado a quien se entregó copia de esta documentación encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indican en este duplicado.  
Si el asegurado regresare a su trabajo durante el periodo de incapacidad señalado en este documento, el patrón deberá hacer los ajustes que procedan en el pago del subsidio.  
Si la incapacidad reconocida por el IMSS quedará a cargo del patrón.

7-8 DPLICADO PATRON

00771

SECRETARIA DE LA REPUBLICA  
DE LA REPUBLICA  
DE INVESTIGACION  
DE DELINCUENCIA  
DE INVESTIGACION  
DE LA REPUBLICA  
DE LA REPUBLICA  
DE LA REPUBLICA

DE DERECHOS HUMANOS  
Y SERVICIOS A LA  
COMUNIDAD.  
DE BÚSQUEDA  
DE APARECIDAS  
126



DE DERECHOS HUMANOS  
Y SERVICIOS A LA  
COMUNIDAD.  
DE BÚSQUEDA  
DE APARECIDAS



UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA <b>UMI 1</b>		DELEGACION <b>OAXACA</b>	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE <b>1M 948561</b>		NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DISPOSITIVO DE IDENTIFICACION <b>1682632155</b>	
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADOSCRIPCION <b>UMF 1</b>		DELEGACION <b>OAX</b>	NOMBRE DEL (LOS) PATRON(ES) <b>GOO EDO.</b>		C.C.H.P.	
INICIAL	SUBSEGUITE	RECALDA	DIAS AUTORIZADOS (LETRA) <b>Siete</b>	NUMERO <b>07</b>	APARTIR DEL <b>28 02 2002</b>	ANO
RAMO DE SEGURO	RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD GENERAL	MATERNIDAD	CONTROL MATERNIDAD	DEPARTAMENTO	ANO
					<b>28 02 2002</b>	
PROBABLE PREGUNTO			SECRETARIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO			ST2
			INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL			
			DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS			
			FEB. 28 2002			
			DEPARTAMENTO DE DERECHOS HUMANOS			

El asegurado a quien se entregó copia de este documento es quien se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indican 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 Médicas del IMSS para que este efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio. Los riesgos profesionales y las prestaciones durante el periodo de incapacidad del IMSS quedarán a cargo del patrón.

DUPLICADO PATRON

INVESTIGACION

SECRETARIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO

DERECHOS HUMANOS  
LITO Y SERVICIOS A LA  
IDAD.  
DA DE BÚSQUEDA  
SAPARECIDAS  
A 26



DE DERECHOS HUMANOS  
LITO Y SERVICIOS A LA  
IDAD.  
DA DE BÚSQUEDA  
SAPARECIDAS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTADAL EN OAXACA  
HOSPITAL RURAL "S" # 24  
MIATUATLAN, OAX.

A.P.S.

~~603~~

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD A TRABAJADORES DEL GOBIERNO DEL ESTADO

MODALIDAD 36

~~774~~

00773

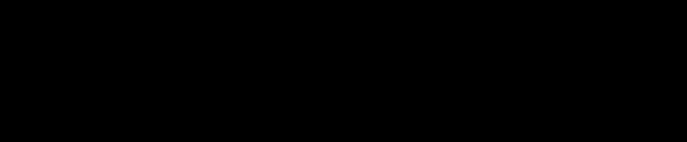


NUMERO DE AFILIACION 1682 63 2155 L. 63 JRD.

DEPENDENCIA: PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA.

NUMERO DE DIAS 05 CON LETRA cinco.

APARTIR DEL 09/11/96 EXPEDIDA EL 11/11/96.



LA REPUBLICA  
DE INVESTIGACION  
DE CUERPO  
EN INVESTIGACION  
EN ARMAS



DERECHOS HUMANOS  
Y SERVICIOS A LA  
UNIDAD.  
UNIDAD DE BÚSQUEDA Y  
SERVICIOS A LAS  
PERSONAS DESAPARECIDAS  
SA 26

DE DERECHOS HUMANOS  
Y SERVICIOS A LA  
UNIDAD.  
UNIDAD DE BÚSQUEDA Y  
SERVICIOS A LAS  
PERSONAS DESAPARECIDAS





PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE OAXACA.

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA OAXACA, OAX.
NOV 15 1996
Departamento de Recursos Humanos

DEPENDENCIA: PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL EDO.
SECCION: POLICIA JUDICIAL
NUMERO: 15037
EXPEDIENTE: XI(V)/996. 00774

ASUNTO: SE COMUNICA REANUDACION DE LABORES.

La Experimental, San Antonio de la Cal, Centro, - Oax., a 14 de Noviembre de 1996.

[Redacted]

PROCURADOR GRAL. DE JUST. DEL EDO. PRESENTE.

Me permito hacer de su Superior conocimiento que el día de hoy siendo las 09:00 horas se presento a reanudar sus labores el C. JAVIER RUIZ ORTIZ, Agente de la Policía Judicial del Estado número 603, despues de la Incapacidad que le otorgo el Instituto Mexicano del Seguro Social.



ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO NO REELECCION
"EL RESPETO AL DERECHO AJENO ES LA PAZ"
EL DIRECTOR DE LA POLICIA JUDICIAL DEL EDO.

POLICIA JUDICIAL
DEPTO. ADMINISTRATIVO

[Redacted]

DERECHOS HUMANOS Y SERVICIOS A LA CIUDADADANIA
AD.
UNIDAD DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS
RML/KRR/irs.
126

SECRETARIA DE LA REPUBLICA
DEPARTAMENTO DE DERECHOS HUMANOS
LITO Y SERVICIOS A LA CIUDADADANIA
UNIDAD DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS

AL CONTESTAR ES OBLIGACION DEL INTERESADO PONER EXTRACTO E IDENTIFICACION DE LA OFICINA Y SECCION QUE LO GIRO. EL NUMERO DE EXPEDIENTE.