



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

**SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Para efectos del Artículo 186 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta

**DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA**

1) NOMBRE O RAZON SOCIAL		2) REGISTRO PATRONAL	
3) DOMICILIO CALLE, NÚMERO Y COLONIA		4) ACTIVIDAD O GIRO	
5) DELEGACION O MUNICIPIO	6) C. P.	7) ESTADO	8) CERTIFICADO DIGITAL*
9) NÚMERO PATRONAL DE IDENTIFICACION ELECTRONICA +		10) TELEFONO CON CLAVE LADA O CORREO ELECTRÓNICO	

**DATOS DEL ASEGURADO**

11) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)			12) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		
13) CURP		14) EDAD AÑOS	15) SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	16) UNIDAD DE ADSCRIPCION	
17) ESCOLARIDAD	18) ESTADO CIVIL	19) OCUPACION		20) NÚMERO Y TIPO DE IDENTIFICACION OFICIAL	
21) DOMICILIO CALLE, NÚMERO Y COLONIA			22) TELEFONO O CORREO ELECTRÓNICO		
23) CIUDAD Y/O DELEGACIÓN		24) C. P.	25) ESTADO		
26) PENSIONADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		27) TIPO DE PENSION <input type="checkbox"/> I.P.P. <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> OTRA			
<b>PARA USO POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO</b>					
28) FECHA DE LA CITA	29) HORA	30) NOMBRE y MATRICULA DE QUIEN OTORGA LA CITA			



## SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Para efectos del Artículo 186 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta

### DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA

1) NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>1</b>			2) REGISTRO PATRONAL <b>2</b>	
3) DOMICILIO CALLE, NÚMERO Y COLONIA <b>3</b>			4) ACTIVIDAD O GIRO <b>4</b>	
5) DELEGACION O MUNICIPIO <b>5</b>	6) C. P. <b>6</b>	7) ESTADO <b>7</b>	8) CERTIFICADO DIGITAL* <b>8</b>	
9) NÚMERO PATRONAL DE IDENTIFICACION ELECTRONICA + <b>9</b>		10) TELEFONO CON CLAVE LADA O CORREO ELECTRÓNICO <b>10</b>		

### DATOS DEL ASEGURADO

11) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) <b>11</b>			12) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL <b>12</b>	
13) CURP <b>13</b>		14) EDAD AÑOS <b>14</b>	15) SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <b>15</b>	16) UNIDAD DE ADSCRIPCION <b>16</b>
17) ESCOLARIDAD <b>17</b>	18) ESTADO CIVIL <b>18</b>	19) OCUPACION <b>19</b>	20) NÚMERO Y TIPO DE IDENTIFICACION OFICIAL <b>20</b>	
21) DOMICILIO CALLE, NÚMERO Y COLONIA <b>21</b>			22) TELEFONO O CORREO ELECTRÓNICO <b>22</b>	
23) CIUDAD Y/O DELEGACIÓN <b>23</b>		24) C. P. <b>24</b>	25) ESTADO <b>25</b>	
26) PENSIONADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>26</b>	27) TIPO DE PENSION <input type="checkbox"/> I.P.P. <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> OTRA <b>27</b>			
PARA USO POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO				
28) FECHA DE LA CITA <b>28</b>	29) HORA <b>29</b>	30) NOMBRE y MATRICULA DE QUIEN OTORGA LA CITA <b>30</b>		

#### NOTA.

Favor de llenar con letra legible.

\* Campos no obligatorios.

El Certificado de Discapacidad para efectos del Artículo 186 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR), se expide a solicitud del patrón o del representante legal de una empresa que contrata a alguna Persona con Discapacidad y se entrega al mismo, posterior a cumplir con lo establecido en el mismo artículo de la LISR para poder gozar de los beneficios fiscales que genera. No crea beneficios adicionales en especie o económicos de otra índole como incapacidad temporal para el trabajo al asegurado y es compatible con otro tipo de dictámenes que el Instituto Mexicano del Seguro Social realiza con fines de Dictaminación de Invalidez o de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo para los asegurados.

El Certificado de Discapacidad que se otorga al Patrón con fines del artículo 186 de la LISR, no necesariamente es comparable con otro tipo de dictámenes otorgados a los asegurados por consecuencias de riesgo de trabajo o invalidez, ya que tienen fines distintos.

Esta solicitud deberá ser entregada previa cita debidamente requisitada en los Servicios de Salud en el Trabajo de la Clínica que corresponde a su trabajador.

#### DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR EL TRABAJADOR AL ACUDIR A SU CITA

- Original y copia identificación oficial del trabajador
- Cartilla Nacional de Salud y citas médicas
- Solicitud debidamente requisitada
- Copia fotostática del Aviso de Inscripción al IMSS del trabajador (AFIL-02) ó Copia fotostática de la liquidación del pago de cuotas obrero-patronales (SUA ó EMA).

En cumplimiento con lo establecido por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, su reglamento, así como lo señalado en los Lineamientos de Protección de Datos Personales, se establece el siguiente compromiso: Los datos personales que se ingresen en el formulario de contacto, no serán difundidos, distribuidos o comercializados. Únicamente

podrán ser proporcionados a terceros de acuerdo con lo estrictamente señalado en el Art. 22 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, para lo cual, el IMSS se compromete a tratar dicha información, de conformidad con los principios de licitud, calidad, acceso y corrección de información, seguridad, custodia, y consentimiento para su transmisión debiendo obedecer exclusivamente.

## INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
<b>DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA</b>		
1	Nombre o Razón Social	Nombre o Razón Social de la Empresa
2	Registro Patronal	El número de Registro Patronal
3	Domicilio, Número y Colonia	El domicilio completo donde se ubica la empresa, Calle, número y Colonia
4	Actividad o Giro	La actividad o giro de la empresa
5	Delegación o Municipio	Nombre de la delegación o municipio donde se ubica la empresa
6	C.P.	Número de código postal de la colonia en donde se ubica la empresa
7	Estado	Nombre del Estado donde se ubica la empresa
8	Certificado Digital *	Es el archivo con terminación PFX, que asociado con el Número Patronal de Identificación Electrónica permite a las empresas el acceso a los sistemas de Internet del IMSS.
9	Número Patronal de Identificación Electrónica *	Es la serie única de caracteres asociada a un registro patronal y aun certificado digital vigente.
10	Teléfono con clave Lada ó correo electrónico	Número telefónico con clave lada o correo electrónico de la empresa
<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>		
11	Nombre del Asegurado	El nombre del asegurado, iniciando por el

No.	DATO	ANOTAR
		Apellido Paterno, el Materno y Nombre(s).
12	Número de seguridad social	El número de Seguridad Social del asegurado
13	CURP	La Clave Única de Registro de Población del asegurado
14	Edad	La edad del asegurado en años cumplidos
15	Sexo	Marcar con una "X", en la M si es del sexo masculino, o en la F si es femenino.
16	Unidad de Adscripción	El número de la Unidad a la que se encuentra adscrito el asegurado.
17	Escolaridad	Registrar último grado de estudios cursado.
18	Estado Civil	Enunciar el estado civil del asegurado.
19	Ocupación	Puesto de trabajo que desempeña el trabajador.
20	Número y tipo de Identificación Oficial	El tipo y número de identificación oficial con fotografía (Credencial del IFE, Pasaporte, Cédula Profesional)
21	Domicilio, calle, número y colonia	El domicilio actualizado del asegurado, independientemente de la Unidad a la cual esté adscrito, incluyendo Ciudad, Código Postal y Entidad Federativa donde se ubica.
22	Teléfono o Correo electrónico	El número telefónico del asegurado
23	Ciudad y/o Delegación	Nombre de la delegación o municipio donde se ubica su domicilio del asegurado
24	C.P.	Número de código postal del domicilio del asegurado
25	Estado	Nombre del Estado donde se ubica el domicilio del asegurado

No.	DATO	ANOTAR
26	Pensionado	Marcar con una "X" si es pensionado o no.
27	Tipo de Pensión	Marcar con una "X" el tipo de pensión IPP (Incapacidad Permanente Parcial), Invalidez u otra.
<b>PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO</b>		
28	Fecha de la Cita y Hora	El día, mes, año en que deberá acudir el asegurado al servicio de salud en el trabajo.
29	Hora	Hora de la cita en que deberá acudir el asegurado al Servicio de salud en el Trabajo
30	Nombre, Matrícula quién otorga la cita	El nombre completo y la matrícula de la persona que otorga la cita.

\* Campos no obligatorios.