[CIUDAD], [ESTADO]; A [FECHA]

COMISIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Por medio de la presente se envía carta aclaración de comisión ante el IMSS según requerimientos del formato ST7 AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA INICIAL Y CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO del trabajador [NOMBRE DEL TRABAJADOR], con número de afiliación [NÚMERO DE AFILIACIÓN], se proporcionan los datos correctos de los incisos 01), 12), 13), 16) Y 21):

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA: [NOMBRE DE LA EMPRESA]

12) ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: [FECHA DE ANTIGÜEDAD]

13) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE: [DÍA DE DESCANSO]

16) HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: [HORA DEL ACCIDENTE]

21) FECHA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE: [FECHA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE] POR MEDIO DE [MÉTODO DE COMUNICACIÓN]

Se extiende la presente para los fines que al interesado le convengan.

[FIRMA DEL RESPONSABLE]
[NOMBRE DEL RESPONSABLE]

[NOMBRE DE LA EMPRESA]
R.F.C. [RFC DE LA EMPRESA]
REG. PAT. [REGISTRO PATRONAL]
[DIRECCIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA]