



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NSS: 1693-77-0532 A. MÉDICO: 1F1977OR  
NOMBRE DEL ASEGURADO:  
NICOLASA FLORES SAMANO  
SEXO: FEMENINO  
CURP: FOSN771206MMCLMC08  
DELEGACIÓN: MÉXICO PONIENTE  
UNIDAD: HGZ 252 ATLA COMULCO CVE. PTAL.: 164304012151  
CONSULTORIO: NO ESPECIFICADO TURNO: JORNADA ACUMULADA  
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA NACIONAL DE SALUD  
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1693770532

Serie y Folio UP111600

|                          |                                |                           |  |
|--------------------------|--------------------------------|---------------------------|--|
| Unidad médica expedidora | Nivel atención                 | Delegación expedidora     | Certificado de incapacidad serie   |
| HGZ 252 Atlacomulco      | 2                              | México Poniente           | UP111600   |
| UMF adscripción          | Delegación adscripción         | Patrón (es)               | Puesto de trabajo  |
| UMF 226 IXTLAHUACA       | México Poniente                | INTIMARK S DE R L DE C.V. | Operadores de máquinas de costura, bordado y de corte para la confección de productos textiles y prendas de vestir |
| Matrícula                | Adscripción laboral            | Categoría                 |  |
|                          |                                |                           |  |
| Tipo incapacidad         | Días autorizados (Letra)       | Número                    | A partir del   |
| Inicial                  | Dos                            | 2                         | 25/11/2023   |
| Ramo de seguro           |                                |                           | Expedido el  |
| Enfermedad General       |                                |                           | 25/11/2023   |
| Probable riesgo trabajo  | Días probables de recuperación | Días acumulados           |  |
| No                       | 4                              | 2                         |  |

- 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 | Matrícula | Nombre y firma del médico que autoriza | Matrícula |
| DAVID SILVA ESCALANTE     | 98163760  |  |           |

COPIA PATRÓN