



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

**NSS : 0222-82-1814 AGREGADO MÉDICO: 1F19820R**

**NOMBRE DEL ASEGURADO:**

**PATRICIA MARCIAL CHAVEZ**

**CURP: MACP820516MMCRHT05**

**SEXO: FEMENINO**

**DELEGACIÓN: MÉXICO PONIENTE - TOLUCA**

**UNIDAD:UMF NO. 226 CVE PTAL. 160701252110**

**CONSULTORIO: 6 TURNO: VESPERTINO**

**DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS**

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 0222-82-1814**

**Serie y Folio UV404197**

<b>Unidad Médica Expedidora</b> UMF No. 226	<b>Nivel Atención</b> 1	<b>Delegación Expedidora</b> México Poniente - Toluca	<b>Certificado de Incapacidad Serie</b> UV404197
<b>UMF Adscripción</b> UMF No. 226	<b>Delegación Adscripción</b> México Poniente - Toluca	<b>Patrón(es)</b> INTIMARK S DE R. L. DE C.V.	<b>Puesto de trabajo</b> Sastres y modistos, costureras y confeccionadores de prendas y accesorios de vestir, de tela, cuero, piel y similares
<b>Tipo Incapacidad</b> INICIAL	<b>Días Autorizados(Letra)</b> cinco	<b>Número</b> 5	<b>A partir del</b> 30/09/2023
<b>Ramo de Seguro</b> Enfermedad general		<b>Control Maternidad</b> NO	<b>Expedido el</b> 29/09/2023
<b>Probable Riesgo Trabajo</b> NO		<b>Días Acumulados</b> 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**  
MIGUEL ANGEL SALAS PIÑA

**Matrícula**  
97160579

**Nombre y firma del médico que autoriza**  
NO APLICA

**Matrícula**  
NO APLICA

**COPIA PATRÓN**

+CONOCES EL SERVICIO DE CONSULTA DE INCAPACIDADES EN LÍNEA?

Ingresa al escritorio virtual y podrás revisar el histórico de las incapacidades de los trabajadores de tu empresa. Si cuentas con Convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios, también puedes descargar tus facturas de pago.