



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NSS:	1696-79-2365	A. MÉDICO:	1F1979OR
NOMBRE DEL ASEGURADO:			
IMELDA MARTINEZ RIVERA			
SEXO: FEMENINO			
CURP: MARI790516MMCRM06			
DELEGACIÓN: MÉXICO PONIENTE			
UNIDAD: HGZ 252 ATLACOMULCO	CVE. PTAL.: 164304012151		
CONSULTORIO: TRAUMA_ORTO_01	TURNO: VESPERTINO		
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA NACIONAL DE SALUD			
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1696792365			

Serie y Folio UP110893

Unidad médica expedidora	Nivel atención	Delegación expedidora	Certificado de incapacidad serie
HGZ 252 Atlacomulco	2	México Poniente	UP110893
UMF adscripción	Delegación adscripción	Patrón (es)	Puesto de trabajo
UMF 226 IXTLAHUACA	México Poniente	INTIMARK S. DE R.L. DE C.V.	Otros trabajadores en actividades elementales y de apoyo, no clasificados anteriormente
Matrícula	Adscripción laboral	Categoría	<i>Utility</i>
Tipo incapacidad	Días autorizados (Letra)	Número	A partir del
Subsecuente	Veintiocho	28	10/07/2023
Ramo de seguro			Expedido el
Enfermedad General			10/07/2023
Probable riesgo trabajo	Días probables de recuperación	Días acumulados	
No	168	28	

- 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
DIEGO ARTURO TOSQUI ARELLANO	97167277		

COPIA PATRÓN

*Dr. Diego A. Tosqui Arellano*  
IMSS