



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NSS: 1687-69-5680

A: MÉDICO: 1F1969OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

ROSA LOPEZ MONROY

SEXO: FEMENINO

CURP: LOMR691015MMCPNS06

DELEGACIÓN: MÉXICO PONIENTE

UNIDAD: HOSPITAL GENERAL
REGIONAL 251

CVE. PTAL.: 168610062151

CONSULTORIO: ONCO_MED_V01

TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
NACIONAL DE
SALUD

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1687695680

Serie y Folio SF407585

Unidad médica expedidora HOSPITAL GENERAL REGIONAL 251	Nivel atención 2	Delegación expedidora México Poniente	Certificado de incapacidad serie SF407585
UMF adscripción UMF 226 IXTLAHUACA	Delegación adscripción México Poniente	Patrón (es) INTIMARK S DE RL DE CV	Puesto de trabajo Empleados de ventas, despachadores y dependientes en comercios
Matrícula	Adscripción laboral	Categoría	<i>Operaria de maquina</i>
Tipo incapacidad Subsecuente	Días autorizados (Letra) Catorce	Número 14	A partir del 12/12/2023
Ramo de seguro Enfermedad General			Expedido el 12/12/2023
Probable riesgo trabajo No	Días probables de recuperación 240	Días acumulados 42	

- El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el período que se indica en este duplicado.
- Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del período 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 ERIKA GUERRERO VILCHIS	Matrícula 99166362	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
--	------------------------------	---	------------------

COPIA PATRÓN