



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SERVICIOS Y PRESTACIONES SOCIALES

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

NSS: 1609-89-0447 AGREGADO MÉDICO: 1F19890R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

ELIZABETH MATEO LEON

CURP: MALE890321MDFTNL05

SEXO: FEMENINO

DELEGACIÓN: MÉXICO PONIENTE - TOLUCA

UNIDAD: UMF NO. 226 CVE PTAL. 160701252110

CONSULTORIO: 6 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1609-89-0447

Serie y Folio UV403017

<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> UV403017
<b>UMF Adscripción</b> UMF No. 226	<b>Delegación Adscripción</b> México Poniente - Toluca	<b>Patrón(es)</b> INTIMARK S DE RL DE C V	<b>Puesto de trabajo</b> Sastres y modistas, 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> dos	<b>Número</b> 2	<b>A partir de:</b> 04/07/2023
<b>Ramo de Seguro</b> Enfermedad general		<b>Control Maternidad</b> NO	<b>Expedido el:</b> 04/07/2023
<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 obligado como patrón 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**  
OFELIA SANDOVAL GARCIA

**Matrícula**  
90161624

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

**Matrícula**  
NO APLICA

**COPIA PATRÓN**

+CONGCE'S EL SERVICIO DE CONSULTA DE INCAPACIDADES EN LÍNEA?

Ingresar al sitio web 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.