



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS : 0221-94-0458 AGREGADO MÉDICO: 1F19940R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

SANDRA EDITH FEBROÑO AMBROCIO

CURP: FEAS941102MMCBMN04

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: 0221

Serie y Folio UV404648

<b>Unidad Médica Expedidora</b> UMF No. 226 <b>UMF Adscripción</b>  UMF No. 226  <b>Tipo Incapacidad</b> INICIAL <b>Ramo de Seguro</b> Enfermedad general <b>Probable Riesgo Trabajo</b> NO	<b>Nivel Atención</b> 1  <b>Delegación Adscripción</b>  México Poniente - Toluca  <b>Días Autorizados(Letra)</b> cinco	<b>Delegación Expedidora</b> México Poniente - Toluca <b>Patrón(es)</b>  INTIMARK S DE R L DE C. V  <b>Número</b> 5 <b>Control Maternidad</b> NO  <b>Días Acumulados</b> 0	<b>Certificado de Incapacidad Serie</b> UV404648 <b>Puesto de trabajo</b> Sastres y modistos, costureras y confeccionadores de prendas y accesorios de vestir, de tela, cuero, piel y similares  <b>A partir del</b> 03/11/2023 <b>Expedido el</b> 03/11/2023
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- 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

<b>Nombre y firma del médico</b> MA ISABEL ANGEL PELAGIO	<b>Matrícula</b> 98053658	<b>Nombre y firma del médico que autoriza</b> NO APLICA	<b>Matrícula</b> 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.