



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 -3 A. MÉDICO: 1F1979OR  
NOMBRE DEL ASEGURADO: IMELDA MARTINEZ RIVERA  
SEXO: FEMENINO  
CURP: MARI790516MMCRVM06  
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 UP111617

Unidad médica expedidora	Nivel atención	Delegación expedidora	Certificado de incapacidad serie
HGZ 252 Atlacomulco	2	México Poniente	UP111617
UMF adscripción	Delegación adscripción	Patrón (es)	Puesto de trabajo
UMF 226 IXTLAHUACA	México Poniente	INTIMARK S. DE R.L. DE C.V.	Operadores de máquinas de costura, bordado y de corte para la confección de productos textiles y prendas de vestir
Matrícula	Adscripción laboral	Categoría	
Tipo incapacidad	Días autorizados (Letra)	Número	A partir del
Subsecuente	Siete	7	27/11/2023
Ramo de seguro			Expedido el
Enfermedad General			28/11/2023
Probable riesgo trabajo	Días probables de recuperación	Días acumulados	
No	168	7	

- 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 períodos 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
MARCOS VELAZQUEZ JAIMES	97161725		

COPIA PATRÓN