



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NSS: 1698-67-0291 A. MÉDICO: 1F1967OR
NOMBRE DEL ASEGURADO:
TEOFILA FLORES HUITRON
SEXO: FEMENINO
CURP: FOHT670206MMCLTF00
DELEGACIÓN: MÉXICO PONIENTE
UNIDAD: HGZ 252 ATLACOMULCO CVE. PTAL.: 164304012151
CONSULTORIO: NEURO_01 TURNO: MATUTINO
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CREDENCIAL
ADIMSS
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1698670291

Serie y Folio UP111300

Unidad médica expedidora	Nivel atención	Delegación expedidora	Certificado de incapacidad serie
HGZ 252 Atlacomulco	2	México Poniente	UP111300
UMF adscripción	Delegación adscripción	Patrón (es)	Puesto de trabajo
UMF 226 IXTLAHUACA	México Poniente	Intimar KS. Dr. J. L. De C. V.	Operadores de máquinas de lavado, blanqueo, teñido, estampado, afelpado, planchado y acabado de productos textiles, cuero, piel y similares
Matrícula	Adscripción laboral	Categoría	
Tipo incapacidad	Días autorizados (Letra)	Número	A partir del
Subsecuente	Veintiocho	28	06/10/2023
Ramo de seguro			Expedido el
Enfermedad General			06/10/2023
Probable riesgo trabajo	Días probables de recuperación	Días acumulados	
No	100	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
JORGE ENRIQUE CUEVAS SOLANO	99286883		

COPIA PATRÓN

6238