



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS : 1606-83-0080 AGREGADO MÉDICO: 1F1983OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

DAFNE ASTRID GARCIA MEDINA

CURP: GAMD830930MDFRDF01

SEXO: FEMENINO

DELEGACIÓN: MÉXICO PONIENTE - TOLUCA

UNIDAD:UMF NO. 228 CVE PTAL. 160902252110

CONSULTORIO: 6 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 2189005739415

Serie y Folio PG602913

<b>Unidad Médica Expedidora</b>	<b>Nivel Atención</b>	<b>Delegación Expedidora</b>	<b>Certificado de Incapacidad Serie</b>
UMF No. 228	1	México Poniente - Toluca	PG602913
<b>UMF Adscripción</b>	<b>Delegación Adscripción</b>	<b>Patrón(es)</b>	<b>Puesto de trabajo</b>
UMF No. 228	México Poniente - Toluca	INTIMARK S DE RL DE CV	Otros directores, funcionarios, gerentes, coordinadores y jefes de área, no clasificados anteriormente
<b>Tipo Incapacidad</b>	<b>Días Autorizados(Letra)</b>	<b>Número</b>	<b>A partir del</b>
SUBSECUENTE	dos	02	25/10/2023
<b>Ramo de Seguro</b>		<b>Control Maternidad</b>	<b>Expedido el</b>
Enfermedad general		NO	25/10/2023
<b>Probable Riesgo Trabajo</b>		<b>Días Acumulados</b>	
NO		1	

- 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**

OSCAR BALDERAS SANCHEZ

**Matrícula**

98364507

**Nombre y firma del médico que autoriza**

NO APLICA

**Matrícula**

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.