



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 UP111459

Unidad médica expedidora HGZ 252 Atlacomulco	Nivel atención 2	Delegación expedidora México Poniente	Certificado de incapacidad serie UP111459
UMF adscripción UMF 226 IXTLAHUACA	Delegación adscripción México Poniente	Patrón (es) Intimark S de RL	Puesto de trabajo Operadores de máquinas de lavado, blanqueo, teñido, estampado, afelpado, planchado y acabado de productos textiles, cuero, piel y similares
Matrícula	Adscripción laboral	Categoría B.C.E.U.	A partir del 03/11/2023
Tipo incapacidad Subsecuente	Días autorizados (Letra) Veintiocho	Número 28	Expedido el 03/11/2023
Ramo de seguro Enfermedad General	Días probables de recuperación 100	Días acumulados 56	
Probable riesgo trabajo No			

- 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 JORGE ENRIQUE CUEVAS SOLANO	Matrícula 99286883	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
---	------------------------------	---	------------------

COPIA PATRÓN