



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
TEMPORAL PARA EL TRABAJO**
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NSS:	1687-69-5680	A. MÉDICO:	1F1969OR
NOMBRE DEL ASEGURADO:			
ROSA LOPEZ MONROY			
SEXO: FEMENINO			
CURP: LOMR691015MMCPNS06			
DELEGACIÓN: MÉXICO PONIENTE			
UNIDAD: HOSPITAL GENERAL REGIONAL 251		CVE. PTAL.: 168610062151	
CONSULTORIO: ONCO_MED_02		TURNO: VESPERTINO	
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA NACIONAL DE SALUD			
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1687695680			

Serie y Folio SF405568

Unidad médica expedidora	Nivel atención	Delegación expedidora	Certificado de incapacidad serie
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 251	2	México Poniente	SF405568
UMF adscripción	Delegación adscripción	Patrón (es)	Puesto de trabajo
UMF 226 IXTLAHUACA	México Poniente	INTIMARK S DE RL DE CV	Empleados de ventas, despachadores y dependientes en comercios
Matrícula	Adscripción laboral	Categoría	<i>Oficina de magenta</i>
Tipo incapacidad	Días autorizados (Letra)	Número	A partir del
Inicial	Veintiocho	28	18/09/2023
Ramo de seguro			Expedido el
Enfermedad General			18/09/2023
Probable riesgo trabajo	Días probables de recuperación	Días acumulados	
No	240	28	

- 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
ANGEL GOMEZ VILLANUEVA	98161563		

COPIA PATRÓN