



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NSS: 0316-88-0471 - 8 A. MÉDICO: 1F1988OR
NOMBRE DEL ASEGURADO:
CARMINA ESCAMILLA SALAZAR
SEXO: FEMENINO
CURP: EASC880305MMCSLR05
DELEGACIÓN: MÉXICO PONIENTE
UNIDAD: HGZ 252 ATLACOMULCO CVE. PTAL.: 164304012151
CONSULTORIO: NO ESPECIFICADO TURNO: MATUTINO
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA NACIONAL DE SALUD
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 0316880471

Serie y Folio UP111580

Unidad médica expedidora	Nivel atención	Delegación expedidora	Certificado de incapacidad serie
HGZ 252 Atlacomulco	2	México Poniente	UP111580
UMF adscripción	Delegación adscripción	Patrón (es)	Puesto de trabajo
UMF 226 IXTLAHUACA	México Poniente	INTIMARK S. DE R.L. DE C.V.	Otros operadores de instalaciones y maquinaria fija industrial, no clasificados anteriormente
Matrícula	Adscripción laboral	Categoría	Operador de maquina
Tipo incapacidad	Días autorizados (Letra)	Número	A partir del
Inicial	Uno	1	23/11/2023
Ramo de seguro			Expedido el
Enfermedad General			23/11/2023
Probable riesgo trabajo	Días probables de recuperación	Días acumulados	
No	12	1	

- 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
MAGDA GRACIELA LEYVA MARIN	97161782		

COPIA PATRÓN