



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS : 1610-89-0397 AGREGADO MÉDICO: 1F1989OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

MIREYA SANCHEZ BASURTO

CURP: SABM890731MMCNSR00

SEXO: FEMENINO

DELEGACIÓN: MÉXICO PONIENTE - TOLUCA

UNIDAD:UMF NO. 226 CVE PTAL. 160701252110

CONSULTORIO: 1 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1610890397

Serie y Folio UV403691

<b>Unidad Médica Expedidora</b> UMF No. 226 <b>UMF Adscripción</b> UMF No. 226 <b>Tipo Incapacidad</b> INICIAL <b>Ramo de Seguro</b> Enfermedad general <b>Probable Riesgo Trabajo</b> NO	<b>Nivel Atención</b> 1 <b>Delegación Adscripción</b> México Poniente - Toluca <b>Días Autorizados(Letra)</b> dos	<b>Delegación Expedidora</b> México Poniente - Toluca <b>Patrón(es)</b> INTIMARK S DE RL DE CV <b>Número</b> 2 <b>Control Maternidad</b> NO <b>Días Acumulados</b> 0	<b>Certificado de Incapacidad Serie</b> UV403691 <b>Puesto de trabajo</b> Operadores de máquinas de costura, bordado y de corte para la confección de productos textiles y prendas de vestir <b>A partir del</b> 23/08/2023 <b>Expedido el</b> 23/08/2023
--	--	---	--

- 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 regresara 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 debera 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**  
OCTAVIO ESQUIVEL GONZALEZ

**Matrícula**  
99299916

**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.