



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NSS: 1697-81-0727

A. MÉDICO: 1F1981OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

VERONICA MONROY DE JESUS

SEXO: FEMENINO

CURP: MOJV810222MMCNSR03

DELEGACIÓN: MÉXICO PONIENTE

UNIDAD: HGZ 252 ATLA COMULCO

CVE. PTAL.: 164304012151

CONSULTORIO: NO ESPECIFICADO

TURNO: ÚNICO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
NACIONAL DE  
SALUD

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1697810727

Serie y Folio UP111276

<b>Unidad médica expedidora</b>	<b>Nivel atención</b>	<b>Delegación expedidora</b>	<b>Certificado de incapacidad serie</b>
HGZ 252 Atlacomulco	2	México Poniente	UP111276
<b>UMF adscripción</b>	<b>Delegación adscripción</b>	<b>Patrón (es)</b>	<b>Puesto de trabajo</b>
UMF 226 IXTLAHUACA	México Poniente	INTIMARK S DE RL DE CV	Operadores de máquinas de costura, bordado y de corte para la confección de productos textiles y prendas de vestir
<b>Matrícula</b>	<b>Adscripción laboral</b>	<b>Categoría</b>	
<b>Tipo incapacidad</b>	<b>Días autorizados (Letra)</b>	<b>Número</b>	<b>A partir del</b>
Subsecuente	Veintiocho	28	30/09/2023
<b>Ramo de seguro</b>			<b>Expedido el</b>
Enfermedad General			02/10/2023
<b>Probable riesgo trabajo</b>	<b>Días probables de recuperación</b>	<b>Días acumulados</b>	
No	28	56	

- 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 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

<b>Nombre y firma del médico</b>	<b>Matrícula</b>	<b>Nombre y firma del médico que autoriza</b>	<b>Matrícula</b>
MARCO ANTONIO FERREIRA GOMEZ	98168353	MARCO ANTONIO FERREIRA GOMEZ	98168353

COPIA PATRÓN