

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

NSS: 6015-96-1399 AGREGADO MÉDICO: 1M1996OR

NOMBRE DEL ASEGURADO: ANGEL GIBRAN HERNANDEZ VEGA

CURP: HEVA961231HDFRGN07

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: 3 SUROESTE D.F.

UNIDAD:UMF NO. 28

CVE PTAL. 375335252110

CONSULTORIO: 12

TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:CARTILLA DE

SALUD Y CITAS MÉDICAS

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: IFE 4374099864818** 

## Serie y Folio WE194038

Unidad Médica Expedidora Nivel Atención

UMF No. 28

1

UMF Adscripción

Delegación Adscripción

UMF No. 28

3 Suroeste D.F.

Tipo Incapacidad
SUBSECUENTE

Días Autorizados(Letra)

tres

Ramo de Seguro Enfermedad general

Probable Riesgo Trabajo

NO

Delegación Expedidora

3 Suroeste D.F.

Patrón(es)

OPERDORA DE PERSONAL LABORIKA SA DE CV

Número

Control Maternidad

NO

Días Acumulados

2

Certificado de Incapacidad Serie

WE194038

Puesto de trabajo

OPERADOR TELEFONICO

A partir del

23/03/2017 Expedido el

23/03/2017

- 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 regresare 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 VIOLETA PANDO MEDINA

Matrícula 99372165 Nombre y firma del médico que autoriza NO APLICA

Matrícula

NO APLICA

COPIA PATRÓN