

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

NSS: 4513-95-5093 AGREGADO MÉDICO: 1M1995OR

NOMBRE DEL ASEGURADO: **BRIAN CRUZ CASTILLO**

CURP: CUCB951014HDFRSR12

SEXO: MASCULINO

CONSULTORIO: 6

DELEGACIÓN: 3 SUROESTE D.F.

UNIDAD:UMF NO. 18 CVE PTAL. 370124252110

TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:CARTILLA DE

SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1577057390

Serie y Folio XE535620

Unidad Médica Expedidora

UMF No. 18

UMF Adscripción

UMF No. 18

Tipo Incapacidad

INICIAL

Ramo de Seguro Enfermedad general

Probable Riesgo Trabajo

Delegación Adscripción 3 Suroeste D.F.

Nivel Atención

Días Autorizados(Letra)

Delegación Expedidora

3 Suroeste D.F.

Patrón(es)

OPERADORA DE PERSONAL LABORIKA S.A. DE C.V.

Número

Control Maternidad

Certificado de Incapacidad Serie

XE535620

Puesto de trabajo

EJECUTIVO TELEFONICO.

A partir del 31/03/2017

Expedido el 31/03/2017

Dias Acumulados

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 bajo en un lapso no mayor a 24 horas

Nombre y Frma del medico PATRICIA GAMBOA PEREZ

Matricula 98350544

Nombre y firma del médico que autoriza NO APLICA

NO APLICA

COPIA PATRÓN