



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

NSS : 4211-95-2065 AGREGADO MÉDICO: 1F19950R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

EDURNE SANCHEZ GONZALEZ

CURP: SAGE950406MDFNND00

SEXO: FEMENINO

DELEGACIÓN: 4 SURESTE D.F.

UNIDAD:UMF NO. 15 CVE PTAL. 380121252110

CONSULTORIO: 9 TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 4211-95-2065

Serie y Folio XU117086

Unidad Médica Expedidora UMF No. 15	Nivel Atención 1	Delegación Expedidora 4 Sureste D.F.	Certificado de Incapacidad Serie XU117086
UMF Adscripción UMF No. 15	Delegación Adscripción 4 Sureste D.F.	Patrón(es) PEOPLE CONECT CV	Puesto de trabajo VALIDACION
Tipo Incapacidad INICIAL	Días Autorizados(Letra) uno	Número 1	A partir del 27/03/2017
Ramo de Seguro Enfermedad general		Control Maternidad NO	Expedido el 27/03/2017
Probable Riesgo Trabajo NO		Días Acumulados 0	

- 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 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
CINTHIA NAVARRO ORTIZ

Matrícula
98383763

Nombre y firma del médico que autoriza
NO APLICA

Matrícula
NO APLICA

COPIA PATRÓN