

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

NSS: 4512-95-1823 AGREGADO MÉDICO: 1F1995OR NOMBRE DEL ASEGURADO:

MARIA KARINA MAYA HERNANDEZ

CURP: MAHK950920MDFYRR04

SEXO: FEMENINO

DELEGACIÓN: 4 SURESTE D.F.

UNIDAD: UMF NO. 15

CVE PTAL. 380121252110

CONSULTORIO: 35

TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA

DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 4512951823

Serie y Folio XU116321

Unidad Médica Nivel Atención Delegación Expedidora Certificado de Incapacidad Serie Expedidora UMF No. 15 4 Sureste D.F. XU116321 UMF Adscripción Delegación Adscripción Patrón(es) Puesto de trabajo UMF No. 15 PEOPLE CONECT SA DE CV AGENTE TELEFÓNICO Tipo Incapacidad Días Autorizados(Letra) A partir del INICIAL 21/03/2017 Ramo de Seguro Control Maternidad Expedido el Enfermedad general Probable Riesgo Dias Acumulados Trabajo NO

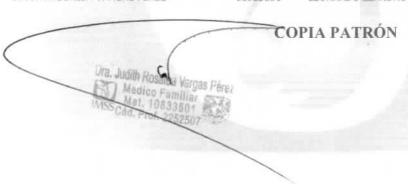
El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se Indica en este duplicado.

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 este 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 JUDITH ROSALBA VARGAS PEREZ Matrícula 10833501 Nombre y firma del médico que autoriza LEONARDO LEANDRO ESTRADA SAMANO Matricula 8706905



1607230009