



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NSS: 0906-85-2225

A. MÉDICO: 1F1985OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

IRIS ALEJANDRA RAMOS GOMEZ

SEXO: FEMENINO

CURP: RAGI850209MDFMMR01

DELEGACIÓN: VERACRUZ NORTE

UNIDAD: HGZ 71 VERAC

CVE. PTAL.: 311207012151

CONSULTORIO: NO ESPECIFICADO

TURNO: ÚNICO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
NACIONAL DE
SALUD

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 00000000000000000000

Serie y Folio RB401114

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|---|
| Unidad médica expedidora | Nivel atención | Delegación expedidora | Certificado de incapacidad serie |
| HGZ 71 VERAC | 2 | Veracruz Norte | RB401114 |
| UMF adscripción | Delegación adscripción | Patrón (es) | Puesto de trabajo |
| UMF 61 VERAC | Veracruz Norte | GRUPO VORDCAB | Administradores de bases de datos y redes de computadora |
| Matrícula | Adscripción laboral | Categoría | |
| | | | |
| Tipo incapacidad | Días autorizados (Letra) | Número | A partir del |
| Subsecuente | Uno | 1 | 22/07/2024 |
| Ramo de seguro | | | Expedido el |
| Enfermedad General | | | 22/07/2024 |
| Probable riesgo trabajo | Días probables de recuperación | Días acumulados | |
| No | 21 | 1 | |

- 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 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
MARCO ANTONIO LUNA CORDOBA

Matrícula
99304426

Nombre y firma del médico que autoriza

Matrícula

COPIA PATRÓN