



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

NSS : 3098-71-0870 AGREGADO MÉDICO: 1M19710R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

ROBERTO CUETARA GUADARRAMA

CURP: CUGR711031HDFTDB07

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: 1 NOROESTE D.F.

UNIDAD:HGO CON MF
NO. 13

CVE PTAL. 350107142151

CONSULTORIO: 15

TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1322275941

Serie y Folio YL908412

| | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| Unidad Médica Expedidora | Nivel Atención | Delegación Expedidora | Certificado de Incapacidad Serie |
| HGO con MF No. 13 | 1 | 1 Noroeste D.F. | YL908412 |
| UMF Adscripción | Delegación Adscripción | Patrón(es) | Puesto de trabajo |
| HGO con MF No. 13 | 1 Noroeste D.F. | KEY BUSINESS PROCESS SOLUTIONS | GERENTE DE VENTAS |
| Tipo Incapacidad | Días Autorizados(Letra) | Número | A partir del |
| INICIAL | uno | 1 | 08/01/2016 |
| Ramo de Seguro | | Control Maternidad | Expedido el |
| Enfermedad general | | NO | 08/01/2016 |
| Probable Riesgo Trabajo | | Días Acumulados | |
| NO | | 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
MARIA ANGELICA RANGEL DURAN

Matrícula
99231487

Nombre y firma del médico que autoriza
NO APLICA

Matrícula
NO APLICA

COPIA PATRÓN