



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
MEXICO, D.F. Y ENTIDADES FEDERATIVAS

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

NSS : 6291-72-9153 AGREGADO MÉDICO: 1M19/20K  
NOMBRE DEL ASEGURADO:  
FORTINO GONZALEZ HERRERA  
CURP: GOHF721229HPLNRR06  
FECHA DE NACIMIENTO: 29/12/1972  
SEXO: MASCULINO  
DELEGACIÓN: PUEBLA  
UNIDAD:UMF 12 S. PEDRO CHOLULA CVE PTAL. 220401252110  
CONSULTORIO: 7 TURNO: VESPERTINO  
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTA DE SALUD Y CITAS MÉDICAS  
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 629729153

Serie y Folio QX429249

|                            |                         |                                |                               |
|----------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Unidad Médica Expedidora   | Nivel Atención          | Delegación Expedidora          | Certificado de Incapacidad Se |
| UMF 12 S. Pedro Cholula    | 1                       | Puebla                         | QX429249                      |
| MF Adscripción             | Delegación Adscripción  | Patrón(es)                     | Puesto de trabajo             |
| UMF 12 S. Pedro Cholula    | Puebla                  | DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV | Ocupaciones no especificadas  |
| No Incapacidad SECUENTE    | Días Autorizados(Letra) | Número                         | A partir del                  |
| no de Seguro               | uno                     | 1                              | 23/11/2024                    |
| Enfermedad General         |                         | Control Maternidad             | Expedido el                   |
| Probable Riesgo de Trabajo |                         | NO                             | 23/11/2024                    |
|                            |                         | Días Acumulados                |                               |
|                            |                         | 3                              |                               |

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.

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 al pago del subsidio.

Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón siempre y cuando no se de estar marcado como Riesgo de Trabajo o Probable Riesgo de Trabajo, de lo contrario deberá enterar al Instituto a través del formato ST-1 avisando al probable riesgo de trabajo en un lapso no mayor a 24 horas.

| Firma del médico | Matrícula | Cédula Prof. | Nombre y firma del médico que autoriza |
|------------------|-----------|--------------|----------------------------------------|
| GARCIA ROJAS     | 11666617  | 6585785      | NO APLICA                              |

**COPIA PATRÓN**

EL SERVICIO DE CONSULTA DE INCAPACIDADES EN LÍNEA? El patrón podrá revisar el historial de las incapacidades de los trabajadores de su empresa. Si cuentas con acceso a internet y reembolso de subsidios, también puedes descargar tus facturas de pago.

Dr. Enrique García Rojas



MEDICINA FAMILIAR  
Unidad Médica 12 S. Pedro Cholula  
Mex. 11666617