



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

**NSS : 6505-86-0037 AGREGADO MÉDICO: 1M1986OR**

**NOMBRE DEL ASEGURADO:**  
**ANDRES ISAAC MEDINA ALCAZAR**

**CURP: MEAA861111HVZDLN00**

**FECHA DE NACIMIENTO: 11/11/1986**

**SEXO: MASCULINO**

**DELEGACIÓN: VERACRUZ NORTE**

**UNIDAD:UMF 61  
VERACRUZ**

**CVE PTAL. 311203252110**

**CONSULTORIO: 19**

**TURNO: VESPERTINO**

**DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS**

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 6505-86-0037**

**Serie y Folio PC680629**

<b>Unidad Médica Expedidora</b> UMF 61 Veracruz	<b>Nivel Atención</b> 1	<b>Delegación Expedidora</b> Veracruz Norte	<b>Certificado de Incapacidad Serie</b> PC680629
<b>UMF Adscripción</b> UMF 61 Veracruz	<b>Delegación Adscripción</b> Veracruz Norte	<b>Patrón(es)</b> DISTRIBUIDORA EL TORO S.A DE C.V.	<b>Puesto de trabajo</b> Otras ocupaciones de mecánicos y técnicos en el mantenimiento y reparación de equipos mecánicos, vehículos de motor e instrumentos industriales, no clasificados anteriormente
<b>Tipo Incapacidad</b> INICIAL	<b>Días Autorizados(Letra)</b> tres	<b>Número</b> 3	<b>A partir del</b> 04/08/2025
<b>Ramo de Seguro</b> Enfermedad general		<b>Control Maternidad</b> NO	<b>Expedido el</b> 04/08/2025
<b>Probable Riesgo Trabajo</b> NO		<b>Días Acumulados</b> 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

<b>Nombre y firma del médico</b> LUIS FRANCISCO DE LA CRUZ SANCHEZ	<b>Matrícula</b> 98317318	<b>Cédula Prof.</b> 6643335	<b>Cédula Esp.</b>	<b>Nombre y firma del médico que autoriza</b> NO APLICA	<b>Matrícula</b> NO APLICA
---	------------------------------	--------------------------------	--------------------	--	-------------------------------

**COPIA PATRÓN**

+CONOCES EL SERVICIO DE CONSULTA DE INCAPACIDADES EN LÍNEA?

Ingresa al escritorio virtual y podrás revisar el histórico de las incapacidades de los trabajadores de tu empresa. Si cuentas con Convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios, también puedes descargar tus facturas de pago.