



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> DISTIRBUIDORA 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</b> Trabajo		<b>Días Acumulados</b> 0	
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 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	Matrícula	Cédula Prof.	Cédula Esp.	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
LUIS FRANCISCO DE LA CRUZ SANCHEZ	98317318	6643335		NO APLICA	NO APLICA

### COPIA PATRÓN

+CONOCES EL SERVICIO DE CONSULTA DE INCAPACIDADES EN LÍNEA?

Ingresá 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.