



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS : 6113-96-0141 AGREGADO MÉDICO: 1M19960R  
NOMBRE DEL ASEGURADO:  
MARCO ANTONIO CUECUECHA MARTINEZ  
CURP: CUMM960812HTLCRR07  
SEXO: MASCULINO  
DELEGACIÓN: TLAXCALA  
UNIDAD:UMF NO. 9 CVE PTAL. 300201252110  
CONSULTORIO: 5 TURNO: VESPERTINO  
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS  
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 6113-96-0141

Serie y Folio WR756953

<b>Unidad Médica Expedidora</b> UMF No. 9	<b>Nivel Atención</b> 1	<b>Delegación Expedidora</b> Tlaxcala	<b>Certificado de Incapacidad Serie</b> WR756953
<b>UMF Adscripción</b> UMF No. 9	<b>Delegación Adscripción</b> Tlaxcala	<b>Patrón(es)</b> DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	<b>Puesto de trabajo</b> Agentes y representantes de ventas y consignatarios
<b>Tipo Incapacidad</b> SUBSECUENTE	<b>Días Autorizados(Letra)</b> cuatro	<b>Número</b> 4	<b>A partir del</b> 08/01/2024
<b>Ramo de Seguro</b> Enfermedad general		<b>Control Maternidad</b> NO	<b>Expedido el</b> 08/01/2024
<b>Probable Riesgo</b> Trabajo (NO) <input checked="" type="checkbox"/>		<b>Días Acumulados</b> 4	
<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón</li> <li>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</li> </ul>			

**Nombre y firma del médico**  
SERGIO DAVID VIGUERAS ANIMAS

**Matrícula**  
98225282

**Nombre y firma del médico que autoriza**  
NO APLICA

**Matrícula**  
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.