



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS : 6296-76-1014 AGREGADO MÉDICO: 1F19760R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

MARIA LETICIA JUAREZ VAZQUEZ

CURP: JUVL761202MPLRZT08

SEXO: FEMENINO

DELEGACIÓN: PUEBLA

UNIDAD:UMF NO. 57 CVE PTAL. 220136252110

CONSULTORIO: 16 TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1529026735286

Serie y Folio QP229886

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Unidad Médica<br/>Expedidora</b><br>UMF No. 57  | <b>Nivel Atención</b><br>1               | <b>Delegación Expedidora</b><br>Puebla                     | <b>Certificado de Incapacidad Serie</b><br>QP229886                                      |
| <b>UMF Adscripción</b><br>UMF No. 57               | <b>Delegación Adscripción</b><br>Puebla  | <b>Patrón(es)</b><br>DISTRIBUIDORA EL TORO<br>S.A. DE C.V. | <b>Puesto de trabajo</b><br>Otros vendedores ambulantes no<br>clasificados anteriormente |
| <b>Tipo Incapacidad</b><br>(INICIAL) <i>Subsec</i> | <b>Días Autorizados (Letra)</b><br>siete | <b>Número</b><br>7   | <b>A partir del</b><br>19/02/2024  |
| <b>Ramo de Seguro</b><br>Enfermedad general        |  | <b>Control Maternidad</b><br>NO                            | <b>Expedido el</b><br>19/02/2024   |
| <b>Probable Riesgo<br/>Trabajo</b><br>SI           |  | <b>Días Acumulados</b><br>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**  
LILIA CARREÑO PEREZ

**Matrícula**  
99221594

**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.

**Dra. Lilia Carreño Pérez**  
MÉDICO FAMILIAR  
Mat.99221594  
Ced.Prof.2162336