



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD  
TEMPORAL PARA EL TRABAJO**  
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NSS:	1116-96-9353	A. MÉDICO:	1M1996OR
NOMBRE DEL ASEGURADO:			
OSCAR ROSENDO CASTILLO HERNANDEZ			
SEXO:	MASCULINO		
CURP:	CAHO960301HVZSRS01		
DELEGACIÓN:	VERACRUZ SUR		
UNIDAD:	HGR ORIZABA	CVE. PTAL.:	32A401062151
CONSULTORIO:	TRAUMAORTO_V07	TURNO:	MATUTINO
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:	CREDENCIAL PARA VOTAR		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1116969353			

Serie y Folio RE203497

Unidad médica expedidora	Nivel atención	Delegación expedidora	Certificado de incapacidad serie
HGR ORIZABA	2	Veracruz Sur	RE203497
UMF adscripción	Delegación adscripción	Patrón (es)	Puesto de trabajo
UMF 6 IXHUATLÁNCILLO	Veracruz Sur	DISTRIBUIDORA EL TORO S.A. DE C.V.	Ocupaciones no especificadas
Matrícula	Adscripción laboral	Categoría	
Tipo incapacidad	Días autorizados (Letra)	Número	A partir del
Subsecuente	Veinticinco	25	09/09/2024
Ramo de seguro			Expedido el
Riesgo de trabajo			09/09/2024
Probable riesgo trabajo	Días probables de recuperación	Días acumulados	
No	98	25	
<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 período 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 períodos 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 entregar 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	Matrícula	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
JOSE ANTONIO FONSECA ZUNIGA	99326975		

COPIA PATRÓN