



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: TRAUMA\_ORTO\_V07 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CREDENCIAL  
PARA VOTAR

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1116969353

Serie y Folio RE203497

<b>Unidad médica expedidora</b>	<b>Nivel atención</b>	<b>Delegación expedidora</b>	<b>Certificado de incapacidad serie</b>
HGR ORIZABA	2	Veracruz Sur	RE203497
<b>UMF adscripción</b>	<b>Delegación adscripción</b>	<b>Patrón (es)</b>	<b>Puesto de trabajo</b>
UMF 6 IXHUATLANCILLO	Veracruz Sur	DISTRIBUIDORA EL TORO S.A. DE C.V.	Ocupaciones no especificadas
<b>Matrícula</b>	<b>Adscripción laboral</b>	<b>Categoría</b>	
<b>Tipo incapacidad</b>	<b>Días autorizados (Letra)</b>	<b>Número</b>	<b>A partir del</b>
Subsecuente	Veinticinco	25	09/09/2024
<b>Ramo de seguro</b>			<b>Expedido el</b>
Riesgo de trabajo			09/09/2024
<b>Probable riesgo trabajo</b>	<b>Días probables de recuperación</b>	<b>Días acumulados</b>	
No	98	25	

- 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>	<b>Matrícula</b>	<b>Nombre y firma del médico que autoriza</b>	<b>Matrícula</b>
JOSE ANTONIO FONSECA ZUNIGA	99326975		

COPIA PATRÓN