



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

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

NSS: 4800-77-3637 A. MÉDICO: 1F1977OR
NOMBRE DEL ASEGURADO:
KATIA ANGELICA CASTAÑEDA GARCIA
SEXO: FEMENINO
CURP: CAGK771220MPLSRT04
DELEGACIÓN:PUEBLA
UNIDAD:HGZ NO. 20 CVE. PTAL.:220135012151
CONSULTORIO:OFALMO_33 TURNO: VESPERTINO
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:CREDENCIAL
ADIMSS
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:1977641467

Serie y Folio SN211882

Unidad médica expedidora	Nivel atención	Delegación expedidora	Certificado de incapacidad serie
HGZ No. 20	2	Puebla	SN211882
UMF adscripción	Delegación adscripción	Patrón (es)	Puesto de trabajo
UMF 55 PUEBLA	Puebla	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Ocupaciones no especificadas
Matrícula	Adscripción laboral	Categoría	
Tipo incapacidad	Días autorizados (Letra)	Número	A partir del
Subsecuente	Tres	3	30/08/2024
Ramo de seguro			Expedido el
Enfermedad General			29/08/2024
Probable riesgo trabajo	Días probables de recuperación	Días acumulados	
No	3	3	

- 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.

- 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 períodos 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
GABRIELA VALENCIA ROJAS

Matrícula
96150333

Nombre y firma del médico que autoriza

Matrícula

COPIA PATRÓN