



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS : 0317-83-4608 AGREGADO MÉDICO: 1F19830R  
NOMBRE DEL ASEGURADO:  
ABIGAIL HERNANDEZ PLATAS  
CURP: HEPA831206MVZRLB08  
FECHA DE NACIMIENTO: 06/12/1983  
SEXO: FEMENINO  
DELEGACIÓN: VERACRUZ NORTE  
UNIDAD:UMF 19  
BANDERILLA  
CONSULTORIO: 3  
CVE PTAL. 310101252110  
TURNO: MATUTINO  
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL  
ASEGURADO:CREDENCIAL PARA VOTAR  
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 0778093009482

Serie y Folio UH064953

<b>Unidad Médica Expedidora</b> UMF 19 Banderilla	<b>Nivel Atención</b> 1	<b>Delegación Expedidora</b> Veracruz Norte	<b>Certificado de Incapacidad Serie</b> UH064953
<b>UMF Adscripción</b> UMF 19 Banderilla	<b>Delegación Adscripción</b> Veracruz Norte	<b>Patrón(es)</b> DISTRIBUIDORA EL TORO S.A DE C.V	<b>Puesto de trabajo</b> Otros comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas en establecimientos, no clasificados anteriormente
<b>Tipo Incapacidad</b> INICIAL	<b>Días Autorizados(Letra)</b> dos	<b>Número</b> 2	<b>A partir del</b> 09/09/2024
<b>Ramo de Seguro</b> Enfermedad general		<b>Control Maternidad</b> NO	<b>Expedido el</b> 09/09/2024
<b>Probable Riesgo</b> Trabajo		<b>Días Acumulados</b> 0	
<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 periodo 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  
PABLO RODRIGUEZ GARCIA

Matrícula  
99312945

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.