

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS : 6707-87-3784 AGREGADO MÉDICO: 1M1987OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

JOSE ISRAEL OSORIO ROMERO

CURP: OORI871118HVZSMS03

FECHA DE NACIMIENTO: 18/11/1987

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: VERACRUZ SUR

UNIDAD:UMF 7  
ORIZABA

CVE PTAL. 320304252110

CONSULTORIO: 2

TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 2732075587175

Serie y Folio XO156803

<b>Unidad Médica Expedidora</b>	<b>Nivel Atención</b>	<b>Delegación Expedidora</b>	<b>Certificado de Incapacidad Serie</b>
UMF 7 Orizaba	1	Veracruz Sur	XO156803
<b>UMF Adscripción</b>	<b>Delegación Adscripción</b>	<b>Patrón(es)</b>	<b>Puesto de trabajo</b>
UMF 7 Orizaba	Veracruz Sur	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	Empleados de ventas, despachadores y dependientes en comercios
<b>Tipo Incapacidad</b>	<b>Días Autorizados(Letra)</b>	<b>Número</b>	<b>A partir del</b>
SUBSECUENTE	tres	3	14/10/2024
<b>Ramo de Seguro</b>		<b>Control Maternidad</b>	<b>Expedido el</b>
Enfermedad general		NO	14/10/2024
<b>Probable Riesgo Trabajo</b>		<b>Días Acumulados</b>	
NO		3	

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 debera 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>Cédula Prof.</b>	<b>Nombre y firma del médico que autoriza</b>	<b>Matrícula</b>
OSCAR SALVADOR GALVEZ LOZANO	98325057	12020723	NO APLICA	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.