



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_V05 TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CREDENCIAL
ADIMSS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1116969353

Serie y Folio RE203917

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---|
| Unidad médica expedidora | Nivel atención | Delegación expedidora | Certificado de incapacidad serie |
| HGR ORIZABA | 2 | Veracruz Sur | RE203917 |
| UMF adscripción | Delegación adscripción | Patrón (es) | Puesto de trabajo |
| UMF 6 IXHUATLANCILLO | Veracruz Sur | DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV | Ocupaciones no especificadas |
| Matrícula | Adscripción laboral | Categoría | |
| | | | |
| Tipo incapacidad | Días autorizados (Letra) | Número | A partir del |
| Subsecuente | Veintiocho | 28 | 04/10/2024 |
| Ramo de seguro | | | Expedido el |
| Riesgo de trabajo | | | 03/10/2024 |
| Probable riesgo trabajo | Días probables de recuperación | Días acumulados | |
| No | 60 | 28 | |

- 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

| | | | |
|----------------------------------|------------------|---|------------------|
| Nombre y firma del médico | Matrícula | Nombre y firma del médico que autoriza | Matrícula |
| RODRIGO FERNANDO DURAN MARTINEZ | 98354904 | | |

COPIA PATRÓN