



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 IXHUALTLANCILO	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 período que se indica en este duplicado.
- Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del período 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	Matrícula	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
RODRIGO FERNANDO DURAN MARTINEZ	98354904		

COPIA PATRÓN