



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

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

NSS:	8411-89-0553	A. MÉDICO:	1M1989OR
NOMBRE DEL ASEGURADO:			
ELVYS ORLANDO GONGORA TEC			
SEXO:	MASCULINO		
CURP:	GOTE891221HYNCL00		
DELEGACIÓN:	YUCATÁN		
UNIDAD:	HGR 1 IGNACIO GARCIA TELLEZ	CVE. PTAL.:	330164062151
CONSULTORIO:	TRAUMA_ORTO_02	TURNO:	MATUTINO
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA NACIONAL DE SALUD			
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 111			

Serie y Folio RE824368

Unidad médica expedidora	Nivel atención	Delegación expedidora	Certificado de incapacidad serie
HGR 1 IGNACIO GARCIA TELLEZ	2	Yucatán	RE824368
UMF adscripción	Delegación adscripción	Patrón (es)	Puesto de trabajo Ocupaciones no especificadas
UMF 52 MERIDA	Yucatán	DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV	
Matrícula	Adscripción laboral	Categoría	
Tipo incapacidad	Días autorizados (Letra)	Número	A partir del
Subsecuente	Veintiocho	28	04/10/2024
Ramo de seguro			Expedido el
Enfermedad General			04/10/2024
Probable riesgo trabajo	Días probables de recuperación	Días acumulados	
No	49	28	
<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 período 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 períodos 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 entregar 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	Matrícula	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
MIGUEL ANGEL DEL PILAR AVILA RAMOS	99318765		

COPIA PATRÓN