INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL 

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

****

**NSS: 7809-88-2120 AGREGADO MEDICO: 1M1988OR NOMBRE DEL ASUGURADO:**

**ANGEL ALBERTO CRUZ MORALES**

**CURP: CUMA880306HBCRRN06 SEXO: MASCULINO DELEGACION: OAXACA**

**UNIDAD: UMF NO. 1 CVE PTAL. 210212252110 CONSULTORIO: 8 TURNO: MATUTINO**

**DOCUMENTO IDENTIFICACION DEL ASEGURADO: CARTILLA DE SALUD Y CITAS MÉDICAS**

**NUMERO DE IDENTIFICACION: 7809882120**

SERIE Y FOLIO ZZ191414

**Unidad Médica Nivel Atención Delegación Expedidora Certificado de Incapacidad Serie Expedidora**

UFM No: 1 1 Oaxaca ZZ191414 **UMF Adscripción Delegación Adscripción Patrón(es) Puesto de trabajo**

UMF No: 1 Oaxaca MARCO ANTONIO CARDENAS GOMEZ MESERO

**Tipo incapacidad Días Autorizados (Letra) Numero A partir del** INICIAL dos 2 3/12/2016 **Ramo de seguro Control Maternidad Expedido el** Enfermedad general No 3/12/2016

**Probable riesgo Días Acumulados**

**Trabajo**

No 0

∙ Al 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 regresa 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 este efectué los ajustes que proceden en el pago del subsidio.

∙ Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedaran 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**

JEANNET LUGOS CASTILLO 99211649 NO APLICA NO APLICA PACIENTE

**COPIA PATRÓN**

Fecha de impresión: 3/ 11/ 2016 13:10:53