



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

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL  
PARA EL TRABAJO**

**NSS : 3306-88-0864 AGREGADO MÉDICO: 1F1988OR**

**NOMBRE DEL ASEGURADO:  
ELVIRA HERNANDEZ SALAZAR**

**CURP: HESE880225MCHRLL00**

**SEXO: FEMENINO**

**DELEGACIÓN: CHIHUAHUA**

**UNIDAD:UMF NO. 48 CVE PTAL. 081021252110**

**CONSULTORIO: 21 TURNO: MATUTINO**

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

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 3306880864**

**Serie y Folio VS935281**

<b>Unidad Médica Expedidora</b>	<b>Nivel Atención</b>	<b>Delegación Expedidora</b>	<b>Certificado de Incapacidad Serie</b>
UMF No. 48	1	Chihuahua	VS935281
<b>UMF Adscripción</b>	<b>Delegación Adscripción</b>	<b>Patrón(es)</b>	<b>Puesto de trabajo</b>
UMF No. 48	Chihuahua	INDELEX	CREDITO Y COBRANZA
<b>Tipo Incapacidad</b>	<b>Días Autorizados(Letra)</b>	<b>Número</b>	<b>A partir del</b>
INICIAL	siete	7	27/01/2021
<b>Ramo de Seguro</b>		<b>Control Maternidad</b>	<b>Expedido el</b>
Enfermedad general		NO	27/01/2021
<b>Probable Riesgo Trabajo</b>		<b>Días Acumulados</b>	
NO		0	

- 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

**Nombre y firma del médico**  
GUADALUPE ARACELY CALDERON HERRERA  
**DRA. ARACELY CALDERON HERRERA**  
**MEDICO FAMILIAR**  
CP 1926851 MAT. 10158588

**Matrícula**  
10158588

**Nombre y firma del médico que autoriza**  
NO APLICA

**Matrícula**  
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.



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

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

NSS : 3306-88-0864 AGREGADO MÉDICO: 1F19880R

**NOMBRE DEL ASEGURADO:**  
ELVIRA HERNANDEZ SALAZAR

CURP: HESE880225MCHRLL00

SEXO: FEMENINO

DELEGACIÓN: CHIHUAHUA

UNIDAD:UMF NO. 48 CVE PTAL. 081021252110

CONSULTORIO: 21 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CREDENCIAL IMSS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 3306880864

Serie y Folio VS934166

<b>Unidad Médica Expedidora</b>	<b>Nivel Atención</b>	<b>Delegación Expedidora</b>	<b>Certificado de Incapacidad Serie</b>
UMF No. 48	1	Chihuahua	VS934166
<b>UMF Adscripción</b>	<b>Delegación Adscripción</b>	<b>Patrón(es)</b>	<b>Puesto de trabajo</b>
UMF No. 48	Chihuahua	INDELEK	CREDITO Y COBRANZA
<b>Tipo Incapacidad</b>	<b>Días Autorizados(Letra)</b>	<b>Número</b>	<b>A partir del</b>
INICIAL	tres	3	18/01/2021
<b>Ramo de Seguro</b>		<b>Control Maternidad</b>	<b>Expedido el</b>
Enfermedad general		NO	18/01/2021
<b>Probable Riesgo Trabajo</b>		<b>Días Acumulados</b>	
NO		0	

- 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**  
NORMA ESCARCEGA MARTINEZ

**Matrícula**  
11136383

**Nombre y firma del médico que autoriza**  
NO APLICA

**Matrícula**  
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.