

UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA <b>H62 U6</b>			NIVEL ATENCIÓN <b>1 X 3</b>		DELEG./UMAE <b>28 TAB</b>		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE <b>MJ 634949</b>		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR <b>8 385672495</b>			
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN <b>UMF34 Tab</b>			DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN <b>Distrito de El Toro</b>		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) <b>Supervisor de Ventas</b>		PUESTO DE TRABAJO <b>Supervisor de Ventas</b>		CURP <b>De la Cruz Jimenez Gabino</b>			
INICIAL 2	SUBS 3	RECAIDA 4	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) <b>Veintiocho</b>			NÚMERO <b>28</b>	A PARTIR DEL	DÍA <b>16</b>	MES <b>11</b>	AÑO <b>2022</b>		
RAMO DE SEGURO	RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD	CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL	DÍA <b>18</b>	MES <b>11</b>	AÑO <b>2022</b>			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>											
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>			INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS					DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD <b>169</b>				
<p>• 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 indican en este duplicado.</p> <p>• Si el asegurado regresara 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 efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.</p> <p>• Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacitado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como riesgo de trabajo.</p> <p>• En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", deberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, según corresponda, debidamente llenado.</p>												
TRANSFERENCIA DE SEMANAS						SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>				
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)						NÚMERO						
<p>MÉDICO TRATANTE <b>Dr. Mirna Martínez Ledezma</b></p> <p>NOMBRE <b>9 9 2 8 6 8 5 8</b></p> <p>FIRMA <i>[Firma]</i></p> <p>MATRÍCULA</p> <p>NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA</p> <p>Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual <a href="http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones">http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones</a></p> <p><b>COPIA PATRÓN</b></p>												