

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y N° DE LICENCIA SANITARIA H62 H2			NIVEL ATENCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	OOAD/UMAE CHIS	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MR 920841			
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN UMF 013	OOAD DE ADSCRIPCIÓN 07	NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) Distribuidor en Toluca			PUESTO DE TRABAJO Menéndez			
INICIAL 2	SUBS. 3	RECAIDA 1	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) Veintiocho		NÚMERO 28	A PARTIR DEL 25	MES 05	AÑO 2025
RIESGO DE TRABAJO RAMO DE SEGURO	ENFERMEDAD X	MATERNIDAD	CONTROL PRENATAL PRE/POST ENLACE IMSS OTRO		EXPEDIDO EL 26	DÍA 05	MES 2025	AÑO
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS						DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> 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. 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. 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. 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. 							<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA) NÚMERO	

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADOR 710881057016		
CURP AORJ81021TRESA3202		
Apellido(s) Ríos		
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO		
SEXO F		
INE		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO		
MÉDICO TRATANTE Keto Gómez Bautista		
NOMBRE 191711171913171		
FIRMA		
MATRÍCULA		
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA		
Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones		
COPIA PATRÓN		