

UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA UMI 14			NIVEL ATENCIÓN 1 2 3	OQAD/UMAE 33 YUC	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE ML 384629	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 01514447738302			
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN UMI 14		OQAD DE ADSCRIPCIÓN YUC	NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) Dra. Adriana Cristina Dzib Cámaras		PUESTO DE TRABAJO Medico Familiar	CURP LULXIAJH29KUXC845			
INICIAL 2	SUBS 3	RECAIDA 1	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)		NUMERO	A PARTIR DEL	DÍA	MES	AÑO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD	MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL	EXPEDIDO EL	DÍA	MES	AÑO
RAMO DE SEGURO	X		PRE/POST	ENLACE	IMSS	OTRO	31	10	2025
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD 03							
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS Verifique que su Número de Seguridad Social esté correctamente anotado.									
El incapacitado tiene derecho a subsidio: a) Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de incapacidad. b) Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional, a partir del 40% de estar incapacitado, si tiene cubiertos por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad. c) En caso del certificado único por maternidad por 84 días que amparan el periodo prenatal y postnatal, si ha cubierto al menos treinta cotizaciones semanales en los doce meses anteriores a la fecha de certificación del derecho. d) Para el cobro de la prestación económica deberá presentar una identificación oficial con fotografía.									
TRANSFERENCIA DE SEMANAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NÚMERO							
NOMBRE _____ FIRMA _____ Dra. Adriana Cristina Dzib Cámaras <small>MATRICULA Médico Familiar Tel. 97331808 CP14945500 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN</small>									
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA 									
COPIA ASEGURADO "NO RASPAR" <small>USO EXCLUSIVO DEL BANCO</small>									



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

NSS : 0814-94-4738 AGREGADO MÉDICO: 1M19940R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

JOSE ROBERTO BE UICAB

CURP: BEUR940429HYNXCB05

FECHA DE NACIMIENTO: 29/04/1994

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: YUCATÁN

UNIDAD:UMF 14 KANASIN CVE PTAL. 333101252110

CONSULTORIO: 1

TURNO: VESPERTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:CARTILLA DE SALUD Y
CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 00000

Serie y Folio PQ827357

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF 14 Kanasin	1	Yucatán	PQ827357
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	Patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF 14 Kanasin	Yucatán	DISTRIBUIDORA EL TORO	Trabajadores en control de almacén y bodega
Tipo Incapacidad	Días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
SUBSECUENTE	tres	3	11/11/2025
Ramo de Seguro	Control Maternidad	Expedido el	
Enfermedad general	NO	10/11/2025	
Probable Riesgo Trabajo	Días Acumulados		
NO	15		

- 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	Matrícula	Cédula Prof.	Cédula Esp.	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
ADRIANA CRISTINA DZIB CAMARA	97331805	14645500		NO APLICA	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.