

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA <b>UMF N. 2</b>			NIVEL ATENCIÓN <b>1 2 3</b>		COAD/UMAE <b>08CHIH</b>		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE <b>ML 865831</b>			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR <b>6414958219</b>														
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN <b>UMIN 2</b>			COAD DE ADSCRIPCIÓN		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) <b>Distribuidora del Toro S de RL</b>				PUESTO DE TRABAJO <b>Arreata en Motocicleta</b>				CURP											
INICIAL 2	SUBS. 3	RECAIDA 1	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) <b>Siete</b>				NÚMERO <b>7</b>	A PARTIR DEL	DÍA <b>03</b>	MES <b>07</b>	AÑO <b>2022</b>	Rodríguez Hernández ARELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO <b>Julian Arce-Jo</b> SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M-1 <input type="checkbox"/> M-2												
RAMO DE SEGURO			RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL		DÍA <b>03</b>	MES <b>07</b>	AÑO <b>2022</b>	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO <b>INE 2067168635</b>										
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>			INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS										DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD		MÉDICO TRATANTE <b>Ma. Magdalena Moida</b>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>												TRANSFERENCIA DE SEMANAS		FIRMA										
												<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<b>99108217163111</b> MATRÍCULA										
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA												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>												
Copia Patrón																								