

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA UMF 5		NIVEL ATENCIÓN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	DELEG. IMSS 32VERS	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MJ 943726
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN 32	DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN 32	NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) DR. JUAN JOSÉ GONZALEZ GOMEZ		PUESTO DE TRABAJO PERIODISTA
INICIAL 2	SUBS 3	RECAUDA <input type="checkbox"/>	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) DOCE DÍAS	NÚMERO A PARTIR DEL 81
RAMO DE SEGURIDAD TRABAJO	RIESGO DE TRABAJO ENFERMEDAD MATERNIDAD	Y	CONTROL PRENATAL	DÍA MES AÑO 17 06 2022
			EXPEDIDO EL	DÍA MES AÑO 17 06 2022
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		ACUMULADOS DÍAS DE INCAPACIDAD		
<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS</p> <p>INÉ 262401-2505</p> <p>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO</p> <p>MÉDICO TRATANTE</p> <p>TRANSFERENCIA DE SEMANAS</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>NOMBRE OSVALDO JAVIER FIRPO FAN NUMERO DE MATRICULA 393267663 FECHA DE NACIMIENTO 1975-03-03 CED. EXP. 1111111111111111</p> <p>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#pa</p>				
<ul style="list-style-type: none"> El asegurado a quien se entrega 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 regresa 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 ésta 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. 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. 				

COPIA PATRÓN