

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN H62 2			NIVEL ATENCIÓN 1 2 3			COAD/UMAE CHIS			CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MQ 917706		
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN 23			COAD DE ADSCRIPCIÓN 04			NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) Diosdado El 100 Socorro			PUESTO DE TRABAJO P. Economista		
INICIAL 2	SUBS. 3	RECAIDA 1	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) TRES			NÚMERO 03	A PARTIR DEL	DÍA 05	MES 04	AÑO 2024	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
RAMO DE SEGURO	RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL	DÍA	MES	AÑO	
								05	04	2024	
			PRE/POST	ENLACE	IMSS	OTRO					

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Verifique que su Número de Seguridad Social esté correctamente anotado.

DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD
0

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 4o. día de estar incapacitado, si tiene cubiertas 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"/> SÍ
	<input type="checkbox"/> NO

NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)	NÚMERO

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 6414953247											
CURP PUPM990219M452447											
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRES DEL ASEGURADO Pozo Perez Francisco Jose											
SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F											
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO											
MÉDICO TRATANTE Dra. Erika Adriana Aceves Rodriguez C.P. 8149006 Mat. 98352517											
FIRMA											
MATRÍCULA											
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA											

COPIA ASEGURADO "NO RASPAR" USO EXCLUSIVO DEL BANCO





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD  
TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

NSS : 7188-71-1550 AGREGADO MÉDICO: 1M19710R  
NOMBRE DEL ASEGURADO:  
FREDY RAMOS SANCHEZ  
CURP: RASF711003HCSMNR07  
SEXO: MASCULINO  
DELEGACIÓN: CHIAPAS  
UNIDAD:UMF NO. 13 CVE PTAL. 070104252110  
CONSULTORIO: 1 TURNO: MATUTINO  
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA  
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS  
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 7188-71-1550

Serie y Folio UL354634

<b>Unidad Médica Expedidora</b> UMF No. 13 <b>UMF Adscripción</b> UMF No. 13 <b>Tipo Incapacidad</b> SUBSECUENTE <b>Ramo de Seguro</b> Enfermedad general <b>Probable Riesgo Trabajo</b> NO	<b>Nivel Atención</b> 1 <b>Delegación Adscripción</b> Chiapas <b>Días Autorizados(Letra)</b> siete	<b>Delegación Expedidora</b> Chiapas <b>Patrón(es)</b> DISTRIBUIDORA EL TORO SA DE CV. <b>Número</b> 7 <b>Control Maternidad</b> NO <b>Días Acumulados</b> 7	<b>Certificado de Incapacidad Serie</b> UL354634 <b>Puesto de trabajo</b> Agentes y representantes de ventas y consignatarios <b>A partir del</b> 12/04/2024 <b>Expedido el</b> 12/04/2024
--	---	--	---

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

<b>Nombre y firma del médico</b> ELSA ELENA REVUELTAS VAZQUEZ	<b>Matrícula</b> 99283866	<b>Nombre y firma del médico que autoriza</b> NO APLICA	<b>Matrícula</b> 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.