

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y No DE LICENCIA SANITARIA <b>UMFS</b>			NIVEL ATENCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		OOAD/UMAE <b>VER S</b>		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE <b>MS 591451</b>			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR <b>67078834594</b>																					
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN <b>UMFS</b>			OOAD DE ADSCRIPCIÓN <b>32VS</b>		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) <b>Distribuidor del Toro SA de CV</b>				PUESTO DE TRABAJO <b>Repartidor</b>																						
INICIAL 2		SUBS. 3		RECAIDA 1		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) <b>SIETE</b>				NÚMERO <b>07</b>		A PARTIR DEL DÍA <b>15</b>		MES <b>09</b>		AÑO <b>2024</b>		CURP <b>MACJ880412HVZR5104</b>													
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL DÍA <b>18</b>		MES <b>09</b>		AÑO <b>2024</b>		APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO <b>Martinez Castillo Julio</b>															
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS														DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD <b>noventa</b>		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F													
<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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO MÉDICO TRATANTE <b>Guillermo Clemente Rios</b> NOMBRE <b>19932014451</b> FIRMA <b>19932014451</b> MATRÍCULA											
																		NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)													
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> <b>COPIA PATRÓN</b>																															