

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y No DE LICENCIA SANITARIA						NIVEL ATENCIÓN			OOAD/UAAE			CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE									
UMFS						123			VER S			MS 591457									
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN			OOAD DE ADSCRIPCIÓN			NOMBRE DEL(LOS) PATRON (PATRONES)						PUESTO DE TRABAJO									
UMFS			32VS			Dist. blinda EL TORO SA de CV						Reportador									
INICIAL		SUBS.		RECAIDA		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)				NÚMERO		A PARTIR DEL		DÍA		MES		AÑO			
		4				SEIS				06				22		09		2024			
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL		DÍA		MES		AÑO					
X		X		-		-		-		24 09 2024											
						PREPOST		ENLACE		IMSS		OTRO									
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS																			
		DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD nueve																			
<p>• 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.</p> <p>• 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.</p> <p>• 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.</p> <p>• 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.</p>																				SI	
TRANSFERENCIA DE SEMANAS																		NO			
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)										NÚMERO											

CURP													
MACJ880412HV2R25LO4													
Marknez Past.Ho Jdho													
APELIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO													
SEXO												M-2	
INE 1999077561691													
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO													
MÉDICO TRATANTE													
Nombre												Firma	
Carricho Clemente Rocio													
1919131201419161													
MATRICULA													
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/escriptorio-virtual#patrones													
COPIA PATRÓN													