

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y N° DE LICENCIA SANITARIA <b>UMFS</b>			NIVEL ATENCIÓN <b>M 2 3</b>	OOAD/UMAE <b>VER S</b>	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE <b>MS 591457</b>			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR <b>67078834594</b>				
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN <b>UMFS</b>			OOAD DE ADSCRIPCIÓN <b>32 VS</b>	NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) <b>DIST. BUDIURA EL TABO SA de CV</b>		PUESTO DE TRABAJO <b>Reportador</b>			CURP <b>MAGJ880412HVZRSLO4</b>			
INICIAL <b>2</b>	SUBS. <b>7</b>	RECAIDA <b>1</b>	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) <b>SEIS</b>		NÚMERO <b>26</b>	A PARTIR DEL <b>22 09 2024</b>	DÍA <b>24</b>	MES <b>09</b>	AÑO <b>2024</b>	APELLOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO <b>Markinez Gustavo Julio</b>		
RAMO DE SEGURO <b>X</b>	RIESGO DE TRABAJO <b>X</b>	ENFERMEDAD <b>X</b>	MATERNIDAD <b>X</b>	CONTROL PRENATAL <b>X</b>	EXPEDIDO EL <b>24 09 2024</b>	DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD <b>Nueve</b>				SEXO <b>H</b> (M-2)		
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>			INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS			TRANSFERENCIA DE SEMANAS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				MÉDICO TRATANTE <b>Camacho Homero Ramon</b>		
						NOMBRE <b>99132014961</b>				FIRMA		
						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>						
										<b>COPIA PATRÓN</b>		

• 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.  
 • 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.  
 • 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.

NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)	NUMERO
--	--------