

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y N° DE LICENCIA SANITARIA HGS C/MF 8			NIVEL ATENCIÓN 1 2 3		OOAD/UAAE TLAX		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MS 581576		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 61038002711												
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN UMF 8			OOAD DE ADSCRIPCIÓN Tlaxcala		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) Distribuidora el toro SA de CV		PUESTO DE TRABAJO Supervisor de reparto		CURP E1PM800325HTLSLR01												
INICIAL 2		SUBS. 3		RECAIDA 1		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) Uno		NÚMERO 1		A PARTIR DEL 31 08 2024		DÍA 31		MES 08		AÑO 2024		Espejoza Palacios Martín APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
RAMO DE SEGURO 4		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		DÍA 31		MES 08		AÑO 2024		INE 0003012389225 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO					
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		PREPOST		ENLACE		IMSS		OTRO		EXPEDIDO EL 31 08 2024		DÍA 31		MES 08		AÑO 2024		MÉDICO TRATANTE Dra. Concepción Cervantes Cervantes Mat.: 11672528			
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS										DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD CE10		TRANSFERENCIA DE SEMANAS SI NO		NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA							
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)										NÚMERO		Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones COPIA PATRÓN									

• 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.