

UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA H6R#123			NIVEL ATENCIÓN 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3		DELEG. UMAE 33 YUC		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD MK 18535		NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADOR 0410920981-11														
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCION 60			DELEGACION DE ADSCRIPCION 33		NOMBRE DEL ASESOR PATRONAL (NOMINACIONES) DISTRIBUIDORA el Toro		PUESTO DE TRABAJO Administrativo		CURP														
INICIAL <input checked="" type="checkbox"/>			SUBS <input type="checkbox"/>			RECAIDA <input type="checkbox"/>			DIAS AUTORIZADOS (LETRA) Ochoenta y cuatro 84			NUMERO 64			A PARTIR DEL DIA 10 MES 09 AÑO 2024			DIA 12 MES 09 AÑO 2024			DIA 12 MES 09 AÑO 2024		
RAMO DE SEGURO			RIESGO DE TRABAJO			ENFERMEDAD			MATERNIDAD			CONTROL PRENATAL			EXPEDIDO EL			DIA 12 MES 09 AÑO 2024			DIA 12 MES 09 AÑO 2024		
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO			PRE-POST			ENLACE			MSS			OTRO			DIA 12 MES 09 AÑO 2024			DIA 12 MES 09 AÑO 2024			DIA 12 MES 09 AÑO 2024		
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS																							
<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>																							
TRANSFERENCIA DE SEMANAS												SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>											
NUMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)												NUMERO											
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA												FIRMA											
Dra. Gracely Góngora Martínez Ginecología y Obstetricia Cred. 11429445 prof. 3249879																							
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/escritorio-virtual#patrones																							
COPIA PATRÓN																							



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

NSS: 8497-82-0091 AGREGADO MÉDICO: 1M1982OR

NOMBRE DEL ASEGURADO:

DONOVAN GUILLERMO DE ICAZA FORD

CURP: IAFD820201HDFCRN04

FECHA DE NACIMIENTO: 01/02/1982

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: YUCATÁN

UNIDAD: UMF 14

KANASIN

CVE PTAL. 333101252110

CONSULTORIO: 4

TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 8497820091

Serie y Folio PQ812238

Unidad Médica
Expedidora

UMF 14 Kanasin

UMF Adscripción

UMF 14 Kanasin

Tipo Incapacidad

INICIAL

Ramo de Seguro

Enfermedad general

Probable Riesgo

Trabajo

NO

Nivel Atención

1

Delegación Adscripción

Yucatán

Días Autorizados(Letra)

cinco

Delegación Expedidora

Yucatán

Patrón(es)

DISTRIBUIDORA EL TORO

SA DE CV

Número

5

Control Maternidad

NO

Días Acumulados

0

Certificado de Incapacidad Serie

PQ812238

Puesto de trabajo

Encargados y supervisores de ventas de
productos y de servicios financieros

A partir del

09/09/2024

Expedido el

09/09/2024

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.

Nombre y firma del médico

YAZMIN ELIZABETH SALAS PERAZA

Matrícula

99041614

Nombre y firma del médico que autoriza

NO APLICA

Matrícula

NO APLICA

COPIA PATRÓN

+CONOCE 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.