

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y N° DE LICENCIA SANITARIA <b>HGSZ 08</b>			NIVEL ATENCIÓN <b>1 / 3</b>	OADO/UMAE <b>TLAX</b>	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE <b>MS 581720</b>		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR <b>05199669911</b>			
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN <b>08</b>		OADO DE ADSCRIPCIÓN <b>Tlaxcala SA de CV</b>	NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) <b>DISTRIBUIDORA EL TORO Preventa de rentas</b>		PUESTO DE TRABAJO		CURP <b>VASJ961109MOLZNC13</b>			
DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) <b>veintiuno</b>			NÚMERO <b>21</b>	A PARTIR DEL EXPEDIDO EL	DIA <b>02</b>	MES <b>10</b>	AÑO <b>2024</b>	DIA <b>03</b>	MES <b>10</b>	AÑO <b>2024</b>
INICIAL <b>1</b>	SUBS. <b> </b>	RECAIDA <b>1</b>	RIESGO DE TRABAJO <b>X</b>	ENFERMEDAD	MATERNIDAD	CONTROL PRENATAL	DIAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD			
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO			PREPOST	ENLACE	IMSS	OTRO	TRANSFERENCIA DE SEMANAS			
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS							<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
IMSS										
<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 período que se indican en este duplicado.</li> <li>Si el asegurado regresara a sus labores antes de la terminación del período 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>										
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)							NÚMERO			
APPELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO <b>INE 9135103021013</b>										
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M										
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO										
MÉDICO TRATANTE <b>D. José Rafael Del Fonte</b>										
NOMBRE <b>19191212151411</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>										
COPIA PATRÓN										