

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y No DE LICENCIA SANITARIA HGZ.02		NIVEL ATENCIÓN 1 2 3		COAD/UMAE CHIS		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MR 920612		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 71988025731			
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN 13		COAD DE ADSCRIPCIÓN 7		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) Distribuidora El Toro SA de CV		PUESTO DE TRABAJO Preventas		CURP			
INICIAL 2		SUBS. 3		RECAÍDA 1		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) Veintiocho		NÚMERO 28		A PARTIR DEL DÍA MES AÑO 29 10 2024	
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL DÍA MES AÑO 07 11 2024	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		X		PRE/POST		ENLACE		IMSS		OTRO	
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS								DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD 195		TRANSFERENCIA DE SEMANAS SI NO	
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.								NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NÚMERO	
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.											
MÉDICO TRATANTE Gerardo Arellano Flores NOMBRE 191810171816 MATRÍCULA NS 0501-080665 CBO. PROF. Y 08843 CBO. ESP. 11504542								FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA		NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA	
Consulta el estado y cobro de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones								COPIA PATRÓN			

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y No DE LICENCIA SANITARIA HGZ.02		NIVEL ATENCIÓN 1 2 3		COAD/UMAE CHIS		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MR 920612		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 71988025731			
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN 13		COAD DE ADSCRIPCIÓN 7		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) Distribuidora El Toro SA de CV		PUESTO DE TRABAJO Preventas		CURP			
INICIAL 2		SUBS. 3		RECAÍDA 1		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) Veintiocho		NÚMERO 28		A PARTIR DEL DÍA MES AÑO 29 10 2024	
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL DÍA MES AÑO 07 11 2024	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		X		PRE/POST		ENLACE		IMSS		OTRO	
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS								DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD 195		TRANSFERENCIA DE SEMANAS SI NO	
Verifique que su Número de Seguridad Social esté correctamente anotado.								NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NÚMERO	
Incapacitado tiene derecho a subsidio: Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de incapacidad. Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional, a partir del 4o. día de estar incapacitado, si tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad. En caso del certificado único por maternidad por 84 días que amparan el periodo prenatal y postnatal, si ha cubierto al menos treinta cotizaciones semanales en los doce meses anteriores a la fecha de certificación del derecho. Para el cobro de la prestación económica deberá presentar una identificación oficial con fotografía.											
MÉDICO TRATANTE Gerardo Arellano Flores NOMBRE 191810171816 MATRÍCULA NS 0501-080665 CBO. PROF. Y 08843 CBO. ESP. 11504542								FIRMA		NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA	
COPIA ASEGURADO								"NO RASPAR" USO EXCLUSIVO DEL BAN			

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 APELLIDOS PATERNO (MATERNO Y NOMBRE/S) DEL ASEGURADO: _____
 SEXO: ☐ F ☐ M
 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: _____
 MÉDICO TRATANTE: _____
 NOMBRE: _____ FIRMA: _____
 MATRÍCULA: _____
 NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA: _____
 "NO RASPAR"
 USO EXCLUSIVO DEL BANCO

[illegible]