

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA UMF 57			NIVEL ATENCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		DELEG./UMAE 34 ZAC		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MK 083833			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 34 089011885									
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN UMF 57			DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN ZAC		NOMBRE DEL (LOS) PATRÓN (PATRONES) Secretaría de Finanzas			PUESTO DE TRABAJO Contadora											
INICIAL 2		SUBS. 3		RECAÍDA 1		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)				NÚMERO		A PARTIR DEL		DÍA		MES		AÑO	
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Ochenta y cuatro				84		A		08		10		2022	
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL		DÍA		MES		AÑO			
						<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		EXPEDIDO EL		07		10		2022			
PRE/POST		ENLACE		IMSS		OTRO													
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS										DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD							
<ul style="list-style-type: none">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.												TRANSFERENCIA DE SEMANAS <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)										NÚMERO									
DOS										02									
CURP Torres Carrillo Peña Angelica												APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO							
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> H-1 <input type="checkbox"/> M-2												DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO							
IFE 1823115759984												MÉDICO TRATANTE							
Tabiola Enriquez Negola												FIRMA							
99055368												MATRÍCULA							
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																			