(Personal Property of the Personal Property of	NIVELATENCIÓN   OOAD/UMAE	CERTIFICADO DE INCAPACID	AD SEDIE NICHAE	RO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DI	GITO VERIEIO
UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA	NIVELATENCIÓN OOAD/UMAE	CENTIFICADO DE INCAPACIO	NONE		
()mf -77C/	1 2 3 16MEXP	LMK_9966	32 46	51129325	586
UNIDAD DE MEDICINA OOAD DE NON FAMILIAR DE ADSCRIPCION ADSCRIPCION	MBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES)	PUESTO DE TRABA.		THE REAL PROPERTY AND	
FAMILIAR DE ADSCRIPCION ADSCRIPCION	UNDER 2 DE LE	- operavio al	6		
ONH 226 16 DE	(0)	I Magui		4 1/	(
INICIAL SUBS. RECAIDA DIAS AUTORIZADO	OS (LETRA) NÚMERO A	DIA MES /	ANO LOCAL	S PATERNO MATERNO Y NOMBI	DE/S/DELASE
IN DO OCOCO NO	PARTI DEL			S PATERING MATERING T NOWBE	SEXO J
	4((010) 07)	17 00 10	) 7 3 ANO		
RAMO RIESGO DE TRABAJO ENFERMEDAD MATERI	NIDAD CONTROL PRENALAL EXPED	A STEEL STUDENT COM		COMENTO DE IDENTIFICACIÓN I	DEL ACECUDA
DE SEGURO	EL	7- 11 71	177		JEL ASEGURA
PRE/POST	ENLACE IMSS OTRO			RATANIE Looks	in
	ANO DEL SEGURO SOCIA	ACL ACL	DIAS JMULADOS NCAPACIDAD	a la sale	1 And
DIRECCIÓN DE	E PRESTACIONES MÉDICAS		IOUA	NOMBRE 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	11.6
El asegurado a quien se entregó copia de este documento	s sa anguantes incanacitado para trabajar a r	partir de la fecha y	140	10 B 3 B 15 B	11/1/1
durante el periodo que se indican en este duplicado.	) se encociara incapacición para iradejar a p		SI	WATRIGOLA	00
Si el asegurado regresara a sus labores antes de la terminación deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestacione.	n del periodo de incapacidad señalado en este d	ocumento, el patro) TRANSFERENCIA			
que procedan en el pago del subsidio.			NOMBE	RE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO	O QUE AUTOR
Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrandose i general y sufre un accidente, este deberà ser considerado c	incapacitado por accidente o enfermedad de tra	abajo o enfermedad AS TRANSFERIDAS (LETRA)	NÚMERO CONSI	ulta el estatus e histórico de la	s incapacida
trabajo.	NOMERO DE BEMAN	AS TRANSPERIDAS (LETRA)	de	tus trabajadores desde el Esc	critorio Virtua
<ul> <li>En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "pri deberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato</li> </ul>	obable riesgo".		http://www	/.imss.gob.mx/derechoH/escri	torio-virtual#p
segun corresponda, debidamente llenado.	SIFF YOURS,			C	OPIA PATR
SOUTHERN ASSOCIATION SOUTH ON THE WINDOW	200000000000000000000000000000000000000	CHARLES SERVICE AND ADDRESS OF THE			STATE OF
A SA STATE OF STATE OF THE STAT					MANUFACTURE CONT.
	-				
		-			
		401			
*					
		•			
		•			

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA NIVEL ATENCIÓN GOA	D/UMAE CERTIFICADO DE INCAF	PACIDAD SERIE	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICA
()mf 726 123 16M	MEXP MK 990	3632	1612932586
UNIDAD DE MEDICINA PATRÓN (PATRÓN (PAT	RONES PUESTO DET	CIE /	
INICIAL SUBS. (RECAIDA) DIAS AUTORIZADOS (LETRA) NÚME		NI ANO	I am Martines Caril
I D Dobento ycolo 8	PARTIR DEL 27 06	7073	APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASE SEXO H
RIESGO DE TRABAJO ENFERMEDAD MATERNIDAD CONTROL PRENA RAMO DE SEGURO	TAL DIA MES  EXPEDIDO EL 72 06	7073	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURAL MÉDICO TRATANTE
PROBABLE RISSO DE TRABAJO DE TRABAJO DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDIC	Ora Ma Isahal Ana NOMBRE 1918 IA K R K ISI8 I LIEF		
El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacidado para durante el peñodo que se indican en este duplicado.     Si el asegurado regresara a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señal deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, par	MATRICULA		
que procedan en el pago del subsidio.	NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORI		
Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrandose incapacitado por accidente o enfe general y sufre un accidente, este deberá ser considerado como riesgo de trabajo.  NÚMER	medad de trabajo o enfermedad   O DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)	NUMERO	Consulta el estatus e histórico de las incapacidad de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual
<ul> <li>En caso de estar marcado como "iesgo 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>			http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#p
			Santa A Tolk Co. Tolk Co.

•