

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA		NIVEL ATENCIÓN		COAD/UMAE		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE											
1162 # 252		1 2 3		16MEXP		MM 564868											
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN		COAD DE ADSCRIPCIÓN		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES)		PUESTO DE TRABAJO											
226		16		Ent. maría de RL. bcv		Operador de											
INICIAL		SUBS.		RECAIDA		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)		NÚMERO		A PARTIR DEL		DÍA		MES		AÑO	
1		1		1		15		15		23		06		2023			
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL		DÍA		MES		AÑO	
												23		06		2023	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL										DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD					
		DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS										0					
<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		SI		NO	
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)												NÚMERO					

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICACION															
1 6 9 4 9 2 0 5 3 5															
CURP															
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO															
Calle															
SEXO															
F															
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO															
Calle															
MÉDICO TRATANTE															
Ros R. Cu															
NOMBRE															
FIRMA															
191711619131213111															
MATRÍCULA															
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA															
Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual de http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual/#p															
COPIA PATRÓN															

UNIDAD MÉDICA EXPEDIENTE						NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR					
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN						CÓDIGO DE ADSCRIPCIÓN					
NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES)						PUESTO DE TRABAJO					
INICIAL SUBS RECAIDA						DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)					
RAMO DE SEGURO						RIESGO DE TRABAJO ENFERMEDAD MATERNIDAD CONTROL PRENATAL					
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO						PREPOST ENLACE IMSS OTRO					
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS						DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD					
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.						TRANSFERENCIA DE SEMANAS					
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.						NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)					
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.						NÚMERO					
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.											