

UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA HGO 3 La Raza			NIVEL ATENCIÓN 1 2 <input checked="" type="checkbox"/>		COAD/UMAE HGO 3		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MN 892576		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 16139482463				
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN 226 Toluca			COAD DE ADSCRIPCIÓN		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) Intimark S de RL de CV			PUESTO DE TRABAJO Operario de maquina 2					
INICIAL 2	SUBS. 3	RECAIDA 1	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) Catorce			NÚMERO 14	A PARTIR DEL 16 10 2023		CURP Merced Mendola Magaly				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO Carne				
RAMO DE SEGURO			RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD	CONTROL PRENATAL	EXPEDIDO EL 20 10 2023		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO Dra. Alma Lucero González Soria				
			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			MÉDICO TRATANTE Dra. Alma Lucero González Soria				
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>			INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS				DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD 14		FIRMA [Firma]				
<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 type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)						NÚMERO							
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													