

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA <b>UMF 726</b>			NIVEL ATENCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		COAD/UMAE <b>16MEXP</b>		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE <b>MM 587077</b>		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR <b>4 6 2 0 0 2 9 3 5 7 2</b>			
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN <b>UMF 726</b>			COAD DE ADSCRIPCIÓN <b>16</b>		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) <b>Intimar KS de CV</b>			PUESTO DE TRABAJO <b>Operario de maquina</b>				
INICIAL <input checked="" type="checkbox"/>			SUBS. <input type="checkbox"/>		RECAÍDA <input type="checkbox"/>		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) <b>ochenta y cuatro</b>			NÚMERO <b>84</b>		
A PARTIR DEL <input checked="" type="checkbox"/>			DÍA <b>29</b>		MES <b>8</b>		AÑO <b>2023</b>					
RAMO DE SEGURO			RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL <b>30 8 2023</b>	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>			PRE/POST		ENLACE		IMSS		OTRO		DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD <b>0</b>	
<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS												
<p>• 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.</p> <p>• 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.</p> <p>• 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.</p> <p>• 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.</p>												
<p>TRANSFERENCIA DE SEMANAS <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA) <input type="text"/> NÚMERO <input type="text"/></p>												
<p>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO</p> <p>APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO <b>Ventura Vilchis Nancy</b></p> <p>SEXO <input type="checkbox"/> H-1 <input checked="" type="checkbox"/> M-2</p> <p>NOMBRE <b>Carlos</b></p> <p>MATRÍCULA <b>19171161617131911</b></p> <p>NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA <b>Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual</b> <a href="http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones">http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones</a></p>												
<b>COPIA PATRÓN</b>												