

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA HGZ 252			NIVEL ATENCIÓN <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		COADJUMAE 16MEXP		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MM 602309		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 16786702914						
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN UMF 226			COAD DE ADSCRIPCIÓN		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) Intimate S de RL de CV			PUESTO DE TRABAJO Operario Transfer			CURP FOHT670206MMCLTF00				
INICIAL <input type="checkbox"/>		SUBS. <input checked="" type="checkbox"/>		RECAIDA <input type="checkbox"/>		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) ventacho		NÚMERO 28		A PARTIR DEL DÍA 09		MES 09		AÑO 2023	
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		DÍA 12		MES 09		AÑO 2023	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS										DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD			
<p>• El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el período 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>												TRANSFERENCIA DE SEMANAS <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
												NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NÚMERO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO															
MÉDICO TRATANTE Jorge Enrique Cuevas Salas															
NOMBRE 19921961813111															
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															