UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA NIVELATENCIÓN OOAD/UMAE		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFIC	
1162 # 757	123	16MEXP	MM	56	4868	699920535
UNIDAD DE MÉDICINA OGAD DE NO FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN ADSCRIPCIÓN	ONBRE DÉLILOS) PATI	RON (PATRONES)	Open	PUESTO DE	TRABAJO	
INICIAL SUBS. RECAIDA DIAS AUTORIZAD	OS (LETRA)	NÚMERO	DIA	MES	AÑO	()
		75. PARTIR DEL	23	06	7023	APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASE SEXO []
RAMO RIESGO DE TRABAJO ENFERMEDAD MATE	RNIDAD CONTI	ROL PRENATAL	DIA	MES	AND	
DE CONTRACTOR OF THE CONTRACTO	bellell a loc	EXPEDID	0			DOCUMENTO DE BENTIFICACIÓN DEL ASEGURA
SEGURO PRE/POST	ENLACE IMSS		73	06.	7073	MÉDICO TRATANTE
INSTITUTO MEXIDE TRABAJO INSTITUTO MEXIDE TRABAJO DIRECTION DI CINICA DI	NOMBRE CHE FIR FIR NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTOR					
que procedan en el pago del subsidio. NO Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacitado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad.						
di a empresa le permer ai faudiacio facolta incoma incapatacio per accusere de menimendo de inaciono entermendo per general y suffer un accidente, este deberá ser considerado como riesgo de frabajo. En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", deberá entregar al servicio de Saltid en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9.						Consulta el estatus e histórico de las incapacida de tus trabajadores desde el Escritorio Virtua http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#p
debera entregar at servicio de Satiot en el Trabajo el Pormato S1-7 y/o S1-9, según corresponda, debidamente llenado.						COPIA PAT
			W			

•

.

UNIDAD MÉDICA EXPEDID	ORA	NIVEL ATENCIÓ	N OOAD/UMAE	CERTIFICA	DO DE INC	APACIDAD SERIE	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIEIO
11/12 # 2	57	1 2 3	16MEXP	MM	56	4868	699920535
UNIDAD DE MEDICINA OS FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN ADSCRI	RIPCION NO	OMBRE DEL(LOS) F	PATRON (PATRONES)	A	PUESTO DE	TRABAJO	
77/ 11		mark	Me PLL GCV	Vocas !	ilgs she	2/11/11	
INICIAL SUBST RECAIDA	DIAS AUTORIZAD		NÚMERO	DIA	MES	AÑO	Car Danie Colo
			. PARTIF				APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASE SEXO
RIESGO DE TRABAJO ENFERMEDA	ATC MATE	RNIDAD I CO	ONTROL PRENATAL	7 5 DIA	06 MES	2023	a la
RAMO	MATE	RIVIDAD	EXPEDI	ALCOHOL: NAME OF TAXABLE PARTY.	MICO.		GOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURA
DE SEGURO	PRE/POST	Fall Age	MSS OTRO	72	CV.	7,22	MÉDICO TRATANTE
PROBABLE RIESGO INCOME			SEGURO SOCIA	160	06.	DIAS	
DE TRABAJO INSTI	DIRECCIÓN D	ACUMULADOS DE INGAPACIDAD	NOMBRE FIR				
		1971/2531231					
 El asegurado a quien se entregó copi durante el periodo que se indican en est 	a de este documen e duplicado.	to se encuentra inca	epacitado para trabajar a pa	artir de la fecha	ау		MATRICULA
Si el asegurado regresara a sus labores deberá avisar inmediatamente y por	antes de la terminació	on del periodo de ince	pacidad señalado en este do	cumento, el pat	ron TRANSF	ERENCIA SI	
que procedan en el pago del subsidio.		NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTOR					
 Si la empresa le permite al trabajador la general y sufre un accidente, este deb 	borar encontrándose erá ser considerado	NÚMERÓ	Consulta el estatus e histórico de las incapacida				
trabajo.		BA A	NÚMERO DE SEMANA			E NAME OF	de tus trabajadores desde el Escritorio Virtua
 En caso de estar marcado como "rie deberá entregar al servicio de Saltid en según corresponda, debidamente llenac 	el Trabajo el Format	orobable nesgo , to ST-7 y/o ST-9,				A CONTRACTOR	http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#
segun corresponda, debidamente lienac	10.	CONTRACT OF					COPIA PAT
			ALC: Production				
			72.00	10			
			~				
				100			
				Alexander .	mark 1		

٠

*