

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA		NIVEL ATENCIÓN		GOAD/UMAE		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE	
UMH 226		1 2 3		16MEXP		MK 996632	
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN		COAD DE ADSCRIPCIÓN		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES)		PUESTO DE TRABAJO	
UMH 226		16		JUTIMARK S DE RL		operario de Maquinari	
INICIAL		SUBS.		RECAIDA		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)	
X						Ochenta y cuatro 84	
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD	
				✓			
				PRE/POST		ENLACE	
						IMSS	
						OTRO	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL		DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS		DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD	
<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 SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR											
1 6 1 2 9 3 2 5 8 6											
CURP											
Leon Martinez (Cari)											
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO											
SEXO [H]											
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO											
MÉDICO TRATANTE											
Dra Ma Isabel Aguirre											
NOMBRE											
1981053615181											
MATRICULA											
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#ps											
COPIA PATRÓN											

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA		NIVEL ATENCIÓN		GOAD/UMAE		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE											
UMH 226		1 2 3		16MEXP		MK 996632											
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN		COAD DE ADSCRIPCIÓN		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES)		PUESTO DE TRABAJO											
UMH 226		16		LUTIMARK S DE RL		operario de Maquinari											
INICIAL		SUBS.		RECAIDA		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)		NÚMERO		A PARTIR DEL		DÍA		MES		AÑO	
X						Ochenta y cuatro		84				27		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															
<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 regresará 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 VERIFICADOR															
1 6 1 2 9 3 2 5 8 6															
CURP															
Leon Martinez Carril															
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO															
SEXO															
F															
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO															
MÉDICO TRATANTE															
Dra Ma Isabel Aguilar															
NOMBRE															
19805361518															
MATRICULA															
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#p															
COPIA PATRÓN															