

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA			NIVEL ATENCIÓN		OOAD/UMAE		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR											
UMF 226			16		2		3		16MEXP		MM 587104									
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN			COAD DE ADSCRIPCIÓN		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES)				PUESTO DE TRABAJO											
UMF 226			16		Intimark S de RL de CV				operario de maquinaria											
INICIAL	SUBS.	RECAIDA	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)				NÚMERO	A PARTIR DEL	DÍA	MES	AÑO									
X			ochenta y cuatro				84	7	11	2023										
RAMO DE SEGURO			RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL		DÍA	MES	AÑO					
					✓						7		11	2023						
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO			INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL																	
			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 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. 			DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD		TRANSFERENCIA DE SEMANAS															
		0		SI		NO														
				X																
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)				NÚMERO																
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO MENDOZA MORALES CAROLINA SEXO <input type="checkbox"/> H-1 <input checked="" type="checkbox"/> M-2 MÉDICO TRATANTE Carlos Alberto Tiges NOMBRE 1917116161713191 MATRÍCULA FIRMA 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																				