

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA		NIVEL ATENCIÓN		OOAD/UMAE		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE															
UMF 276		1 2 3		16MEXP		MM 587076															
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN		OOAD DE ADSCRIPCIÓN		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES)		PUESTO DE TRABAJO															
UMF 276		16		INTIMALK'S DE B.L. DE CU		Enlace Materni															
INICIAL		SUBS.		RECAIDA		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)		NÚMERO		A PARTIR DEL		DÍA		MES		AÑO					
2		3		4		3		84		30		08		2023		30		08		2023	
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL		DÍA		MES		AÑO					
1		✓		✓		✓		✓		30		08		2023		30		08		2023	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL										DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD									
1		DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS										18									
<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>												TRANSFERENCIA DE SEMANAS		SI		NO					
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)												NÚMERO									
1												1									

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR															
1 6 0 6 8 6 1 9 5 4 1															
CURP															
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO															
SEXO															
M															
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO															
MÉDICO TRATANTE															
NOMBRE															
FIRMA															
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															