

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA			NIVEL ATENCIÓN	OAD/UMAE	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR	
UMF 226			1 2 3	16MEXP	ML 003729	44180232526	
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN		CODIGO DE ADSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN(PATRONES)		PUESTO DE TRABAJO		
226		16	Intimurk S de RL de CV		Operario de Maquina		
INICIAL	SUBS.	RECAIDA	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)		NÚMERO	A PARTIR DEL	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ochenta y tres días		84	25 09 2023	
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD	CONTROL PRENATAL	EXPEDIDO EL	
			<input checked="" type="checkbox"/>			25 09 2023	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL				DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD	
<input type="checkbox"/>		DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS					
<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	
						<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)						NÚMERO	
CURP							
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO						SEXO <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> M	
INE 2450580382						DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO	
MÉDICO TRATANTE							
Verónica Moreno						FIRMA	
1919116916621						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#patrones							
COPIA PATRÓN							