

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA <b>JMF 14</b>						NIVEL ATENCIÓN [1] [2] [3]			DELEG./UMAE <b>DEL N</b>		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE <b>KX 173714</b>							NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR <b>28079204774</b>												
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN <b>JMF 14 02</b>				DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN <b>02-02-SC-UR</b>		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN(ES) <b>Luis Enrique Sosa</b>					PUESTO DE TRABAJO <b>Programador</b>										CURP <b>[ ]</b>									
INICIAL 2		SUSS 3		RECAIDA 1		DÍAS AUTORIZADOS (ULTRA)				NÚMERO		A PARTIR DEL		DÍA		MES		AÑO												
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<b>Santa Fe</b>				<b>02</b>		<b>09-07-2012</b>		<b>09</b>		<b>07</b>		<b>2012</b>												
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL MATERNIDAD		EXPEDIDO EL		DÍA		MES		AÑO														
		<b>X</b>								<b>09-07-2012</b>		<b>09</b>		<b>07</b>		<b>2012</b>														
						PRENATAL		PUERPERIO		POSTNATAL																				
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS														DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD <b>07</b>														

• 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 regresare 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 éste efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.

• Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón.

• En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", deberá enterar al instituto a través del formato ST-1 "aviso para calificar probable riesgo de trabajo" en un lapso no mayor a 24 horas".

**COPIA PATRÓN**

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA UNIF 14		NIVEL ATENCIÓN 1 2 3	DELEG /UMAE DEL N	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE KX 173714	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 2 0 7 8 2 0 4 7 7 1	
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN UNIF 14		DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN 07	NOMBRE DEL (LOS) PATRON(ES) Programador		PUESTO DE TRABAJO Programador	
INICIAL 2	SUBS 3	RECAIDA 1	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) Siete		NÚMERO 07	A PARTIR DEL DÍA MES AÑO 09 07 2012
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD	CONTROL MATERNIDAD	EXPEDIDO EL DÍA MES AÑO 09 07 2012
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS				DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD 07
Verifique que su número de seguridad social esté correctamente anotado.						
El incapacitado tiene derecho a subsidio:						
a) Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de incapacidad.						
b) Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional, a partir del 4º día de estar incapacitado, si tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.						
c) En caso de maternidad, durante 42 días anteriores al parto y 42 días posteriores al mismo, si ha cubierto al menos 30 cotizaciones semanales en los 12 meses anteriores al periodo prenatal.						
d) Para el cobro de la prestación económica deberá presentar una identificación oficial con fotografía.						
NOMBRE DEL ASEGURADO Rosa María Hernández					SEXO H-1 M-2	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO					MÉDICO TRATANTE	
NOMBRE 9 7 3 2 1 7 3 3					FIRMA	
MATRÍCULA						
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA						
COPIA ASEGURADO						