

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA H16798			NIVEL ATENCIÓN 1 2 3		DELEG./UMAE 15 MEX O		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD-SERIE LQ 140234			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 07068611693								
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN 91			DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN 15		NOMBRE DEL (LOS) PATRÓN(ES) Serzium de Mexico SA de CV			PUESTO DE TRABAJO Analista de sistemas en el cubo			C.U.R.P. Sanchez Garcia Abel							
INICIAL 2		SUBS. 3		RECAIDA 1		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) Veinte			NÚMERO 4		A PARTIR DEL DÍA MES AÑO 11 06 16		APellidos Paterno Materno y Nombre(s) del Asegurado SEXO H M X					
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL MATERNIDAD		EXPEDIDO EL DÍA MES AÑO 15 06 16		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO IFE 0215101152133						
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		PRENATAL		ENLACE		POSTNATAL		SI NO		DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD		MÉDICO TRATANTE Nombre: Riles Cuatrecasas FIRMA 1918151866191111 MATRÍCULA						

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

- 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 este 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".

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA

COPIA PATRÓN