

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA UMF 28			NIVEL ATENCIÓN 1 2 3			DELEG./UMAE 40 DEL S			CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE LM 468863			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 379671104003					
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN UMF 28			DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN 350			NOMBRE DEL (LOS) PATRÓN(ES) República de los Estados Unidos Mexicanos			PUESTO DE TRABAJO Ventas								
INICIAL 2			SUBS. 3			RECAIDA 1			DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) SA de 07			NÚMERO 07			A PARTIR DEL 05 10 2015		
RAMO DE SEGURO X			RIESGO DE TRABAJO X			ENFERMEDAD X			MATERNIDAD X			CONTROL MATERNIDAD X			EXPEDIDO EL 05 10 2015		
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO X			INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS			DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD 0			APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRES DEL ASEGURADO Sanchez Luz Maria Fernan								
												SEXO H-1 M-2			DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO IFE 4401126026261		
												MÉDICO TRATANTE Dra. M. Martha Chavarria B.			FIRMA Medico Familiar MATR. 8335312 IMSS Céd. Prof. 1549787		
												NOMBRE/CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA					

• 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".

COPIA PATRÓN