

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y No DE LICENCIA SANITARIA <b>H16206</b>		NIVEL ATENCIÓN <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		OOAD/UAMAE <b>CHIH</b>		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE <b>MS 035416</b>		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR <b>2 6 1 9 0 5 6 9 5 8 4</b>			
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN <b>062</b>		OOAD DE ADSCRIPCIÓN <b>08</b>		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) <b>Juarez Sanchez CV</b>		PUESTO DE TRABAJO <b>Auxiliar de almacén</b>		CURP <b>Nunez Velez Angel Arghiro</b>			
INICIAL <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		SUBS. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		RECAIDA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) <b>Tre</b>		NÚMERO <b>03</b>		A PARTIR DEL DÍA MES AÑO <b>26 07 24</b>	
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL DÍA MES AÑO <b>26 07 24</b>	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/>		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS						DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD <b>0</b>		FIRMA <b>Dr. Uber Enrique Monte Rico</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>		TRANSFERENCIA DE SEMANAS <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NÚMERO		NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA <b>Dr. Uber Enrique Monte Rico</b> <b>Medicina Familiar</b> <b>Ced. Prof. 13747554</b> <b>Mat. 97082918</b> <b>UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ</b>			
										CONSULTA EL ESTATUS E HISTÓRICO DE LAS INCAPACIDADES DE TUS TRABAJADORES DESDE EL ESCRITORIO VIRTUAL <a href="http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones">http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones</a>	
<b>COPIA PATRÓN</b>											