

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA			NIVEL ATENCIÓN	DELEG./UMAE	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR											
UMAE HTOLV			1 2 3	HTOLV	L1 725379		9 0 0 6 8 2 0 0 7 5 8											
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN			DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN		NOMBRE DEL (LOS) PATRONO(S)		C.U.R.P.											
001			16		MANTENIMIENTO XTRA S.A. INSTALADOR													
INICIAL	SUBS.	RECAIDA	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)		NÚMERO	A PARTIR DEL	DÍA	MES	AÑO									
001			dos días		02	21	07	2015										
RAMO DE SEGURO			RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD	MATERNIDAD	CONTROL MATERNIDAD	DÍA	MES	AÑO								
								21	07	2015								
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO			PRENATAL		ENLACE	POSTNATAL	SI	NO										
1.-			INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL		DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS													
			cinco		DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD													
			0															
<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 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.</p> <p>Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón.</p> <p>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".</p>																		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO																		
T. MAYO BUTRON JULIO CESAR																		
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO																		
SEXO H-1 M-2																		
IFE 2598085387682																		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO																		
MÉDICO TRATANTE																		
DR. HERNANDEZ ESTRADA HERNILDO																		
NOMBRE																		
107071514																		
MATRICULA																		
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA																		

COPIA PATRÓN