

|   |                          |  |                          |   |  |  |  |
|---|--------------------------|--|--------------------------|---|--|--|--|
| UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA<br><i>UMF 13</i>               |                          | NIVEL ATENCIÓN<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |                          | DELEG./UMAE<br><b>23 QRO</b>                          | CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE<br><b>LR 357800</b> | NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR<br><i>1488671618</i> |  |
| UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN<br><i>13</i> |                          | DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN<br><i>27 FONACOR</i>                                     |                          | NOMBRE DEL (LOS) PATRON(ES)<br><i>ANALITA DELGADO</i> |  | PUESTO DE TRABAJO<br><i>ANALITA DELGADO</i>                          |  |
| INICIAL<br>2  | SUBS.<br>3               | RECAIDA<br>1   | DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) |   | NÚMERO   | A PARTIR DEL<br>DÍA MES AÑO  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                          |   | <i>02</i>  | <i>06 10 2017</i>  |  |
| RAMO DE SEGURO  |                          | RIESGO DE TRABAJO  | ENFERMEDAD               | MATERNIDAD  | CONTROL MATERNIDAD                                   | EXPEDIDO EL<br>DÍA MES AÑO   |  |
|   |                          | <input checked="" type="checkbox"/>  |                          |   |  | <i>06 10 2017</i>  |  |
| PROBABLE RIESGO DE TRABAJO<br><input type="checkbox"/>  |                          | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS          |                          |   |  | DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD<br><i>02</i>                          |  |

• 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**

|   |                          |  |                          |   |  |  |  |
|---|--------------------------|--|--------------------------|---|--|--|--|
| UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA<br><i>UMF 13</i>               |                          | NIVEL ATENCIÓN<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |                          | DELEG./UMAE<br><b>23 QRO</b>                          | CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE<br><b>LR 357800</b> | NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR<br><i>1488671618</i> |  |
| UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN<br><i>13</i> |                          | DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN<br><i>27 FONACOR</i>                                     |                          | NOMBRE DEL (LOS) PATRON(ES)<br><i>ANALITA DELGADO</i> |  | PUESTO DE TRABAJO<br><i>ANALITA DELGADO</i>                          |  |
| INICIAL<br>2  | SUBS.<br>3               | RECAIDA<br>1   | DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) |   | NÚMERO   | A PARTIR DEL<br>DÍA MES AÑO  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |                          |   | <i>02</i>  | <i>06 10 2017</i>  |  |
| RAMO DE SEGURO  |                          | RIESGO DE TRABAJO  | ENFERMEDAD               | MATERNIDAD  | CONTROL MATERNIDAD                                   | EXPEDIDO EL<br>DÍA MES AÑO   |  |
|   |                          | <input checked="" type="checkbox"/>  |                          |   |  | <i>06 10 2017</i>  |  |
| PROBABLE RIESGO DE TRABAJO<br><input type="checkbox"/>  |                          | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL<br>DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS          |                          |   |  | DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD<br><i>02</i>                          |  |

**Verifique que su número de seguridad social esté correctamente anotado.**

El incapacitado tiene derecho a subsidio:

- Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de incapacidad.
- 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.
- 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.
- Para el cobro de la prestación económica deberá presentar una identificación oficial con fotografía.

**COPIA ASEGURADO**      **"NO RASPAR" USO EXCLUSIVO DEL BANCO**