

Incapacidad por maternidad de la Trabajadora Delgado Nolasco Perla Susana, en DIF Municipal desempeñándose como Psicóloga 2, que abarca a partir del día 07 de febrero de 2023 a primera semana de mayo de 2023.

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA <b>UMF 14</b>		NIVEL ATENCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	DELEG. U.M.A.E. <b>19 NAY</b>	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE <b>MJ 250519</b>	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR <b>17198500/519</b>	
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ATRIBUCIÓN <b>14</b>	DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN <b>14</b>	NOMBRE DEL/OS TRABAJADOR/ES <b>H. Apun Tamientos de San Pedro Lagunillas</b>		PUESTO DE TRABAJO <b>Auxiliar de Obras Públicas</b>		CURP <b>Delgado Nolasco Perla Susana</b>
INDIC. <input checked="" type="checkbox"/>	SUBS. <input type="checkbox"/>	RECAIDA <input type="checkbox"/>	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) <b>Ochenta y Cuatro 84</b>		NÚMERO	A PARTIR DEL DÍA MES AÑO <b>07 02 2023</b>
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD	CONTROL PRENATAL	
		<input checked="" type="checkbox"/>				
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS		EXPEDIDO EL DÍA MES AÑO <b>07 02 2023</b>		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO <b>INE: 1446005079</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 indica 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 <del>maternidad</del> <del>maternidad</del> 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>		DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD		MÉDICO TRATANTE <b>Dr. Víctor M. Cabellero F. / G.M.</b>		SEXO <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> M
		TRANSFERENCIA DE SEMANAS <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA <b>Dr. Víctor M. Cabellero F. / G.M.</b>		NOMBRE <b>9.9.19.16.3.8</b>
		NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NÚMERO		MATRÍCULA
						CONSULTA EL ESTATUS E HISTÓRICO DE LAS INCAPACIDADES DE TUS TRABAJADORAS 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>
						COPIA PATRON