

OFICINA: DIRECCION DE BIENESTAR
OFICIO No. MSPL/XLIII-A/DB-9.1 /026

ASUNTO: incapacidad por maternidad

San Pedro Lagunillas, Nayarit; viernes 26 de noviembre 2024

ING. SERGIO ANTONIO HERNANDEZ CARRION;
JEFE DE RECURSOS HUMANOS
DEL H. XLIII AYUNTAMIENTO DE SAN PEDRO LAGUNILLAS, NAYARIT.

P R E S E N T E

Por medio de la presente me dirijo a usted muy atentamente, primero brindándole un cordial saludo y felicitando por el excelente trabajo desempeñado, le comunico que el día **martes veintiséis de noviembre del dos mil veinticuatro**, asistí a consulta obligatoria de mi seguimiento de maternidad, con ginecólogo de IMSS, por lo que pido se me justifique la falta a mi jornada laboral.

Aprovechando la ocasión por la que le escribo, durante la consulta médica se me indico que mi tiempo de pedir incapacidad laboral, por maternidad, ha llegado, extendiéndome el ginecólogo un documento medico **FRANCISCO JAVIER SALAS TOVAR**, número de cedula profesional **98191070**, fecha 26-11-202, como comprobante anexo la incapacidad que otorga el IMSS.

Visto lo anterior y con fundamento en **La Ley Federal del Trabajo; en su artículo 170 en la fracción II; que a la letra dice:**

II. Disfrutaran de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto. A solicitud expresa de la trabajadora, previa autorización escrita del médico de la institución de seguridad social que le corresponda o, en su caso, del servicio de salud que otorgue el patrón, tomando en cuenta la opinión del patrón y la naturaleza del trabajo que desempeñe, se podrá transferir hasta cuatro de las seis semanas de descanso previas al parto para después del mismo. En caso de que los hijos hayan nacido con cualquier tipo de discapacidad o requieran atención médica hospitalaria, el descanso podrá ser de hasta ocho semanas posteriores al parto, previa presentación del certificado médico correspondiente.

En caso de que se presente autorización de médicos particulares, esta deberá contener el nombre y número de cédula profesional de quien lo expida, la fecha y el estado médico de la trabajadora.

Le solicito se me conceda permiso de maternidad a partir del día martes 26 de noviembre del 2024, puesto que me encuentro en el supuesto de Ley, antes descrito.

Sin otro particular, me despido, esperando se me otorgue lo solicitado, y quedando a su disposición para cualquier duda y aclaración.



ILSE SHAMARA CARO ARCADIA
DIRECTORA DE BIENESTAR



C.C.P. LIC. XOCHIL CARMINA VELAZCO HERNANDEZ PRESIDENTA DEL H. XLIII AYUNTAMIENTO DE SAN PEDRO LAGUNILLAS, NAYARIT.
C.C.P. C.P. MIGUEL ALEJANDRO CUTIERRER PLASCENCIA TEGSHERO MUNICIPAL DEL H. XLIII AYUNTAMIENTO DE SAN PEDRO LAGUNILLAS, NAYARIT.
C.C.P. LIC. SALVADOR GONZÁLEZ CARVAJAL, CONTRALOR MUNICIPAL DEL H. XLIII AYUNTAMIENTO DE SAN PEDRO LAGUNILLAS, NAYARIT.



www.sanpedrolagunillas.gob.mx 3272585004 presidencia@ayuntamiento.sanpedrolagunillas.gob.mx

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA Y N° DE LICENCIA SANITARIA UMFIH		NIVEL ATENCIÓN A 2 3		COADI/UMAE 19 MAY		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MP 984992		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 5501841788			
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN UMFIH		COADI DE ADSCRIPCIÓN 19		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) H. XELI Ayuntamiento de San Pedro Lagunillas		PUESTO DE TRABAJO Directora de Bienestar		CURP CAAI900713MNT2RL02			
INICIAL	SUBS.	RECAIDA	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA)		NÚMERO	A PARTIR DEL		DÍA	MES	AÑO	
☒	☐	☐	Ochenta y cuatro		84			26	11	2024	
RAMO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD	CONTROL PRENATAL	EXPEDIDO EL		DÍA	MES	AÑO	
			X		X			26	11	2024	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO		PREPOST	ENLACE	IMSS	OTRO	DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD					
☐						00					
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS											
* El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el período que se indican en este duplicado. * 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. * 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. * 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.											
TRANSFERENCIA DE SEMANAS						NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NÚMERO			
☐ SI ☐ NO											
MÉDICO TRATANTE Francisco Javier Salas Tovar								FIRMA			
NOMBRE 9811911070								MATRÍCULA			
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA											
Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones											
COPIA PATRÓN											