

CATÁLOGO DE TRÁMITES Y SERVICIOS
H. AYUNTAMIENTO DE AXTLA DE TERRAZAS, S.L.P.
ADMINISTRACIÓN 2021-2024

NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO		CLASIFICACIÓN	
LICENCIA MÉDICA		TRÁMITE	SERVICIO
		X	
DESCRIPCIÓN/OBJETIVO		ÁREA EN LA QUE SE REALIZA EL TRÁMITE O SERVICIO	
ES UN DERECHO QUE TIENE CADA EMPLEADO(A) DE ESTE H. AYUNTAMIENTO, EN CASO DE SER NECESARIO POR CUESTIONES DE ENFERMEDADES GENERALES O PROFESIONALES, MEDIANTE CERTIFICADO MÉDICO DE INCAPACIDAD CON GOCE DE SUELDO.		RECURSOS HUMANOS CALLE 5 DE MAYO No. 15, ZONA CENTRO, C.P. 79930 TELÉFONO: 489 36 100 04 CORREO ELECTRÓNICO: recursos.humanosaxtla@gmail.com	
USUARIOS		HORARIO DE ATENCIÓN	
SOLO PERSONAL QUE LABORA EN ESTE H. AYUNTAMIENTO.		LUNES A VIERNES DE 8:00 A 15:00 HRS.	
FUNDAMENTO JURÍDICO		MODALIDAD	
ART. 37 DE LA LEY DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ.		PRESENCIAL	EN LÍNEA
		X	
TIEMPO DE RESPUESTA	COSTO	LUGAR PARA EFECTUAR PAGO	VIGENCIA
1 DIA	GRATUITO	NO REQUIERE PAGO	SIN VIGENCIA
REQUISITOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS			
PRESENTAR LICENCIA MÉDICA POR PARTE DEL MÉDICO DEL DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE SALUD			
ÁREA DE ATENCIÓN A QUEJAS, ACLARACIONES O DENUNCIAS			
DEPARTAMENTOS: SECRETARIA GENERAL Y/O CONTRALORÍA INTERNA.			
NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN		Vo. Bo.	
L.A.E. NICOLÁS POZOS GARCIA DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS		ING. GREGORIO CRUZ MARTÍNEZ PRESIDENTE MUNICIPAL CONSTITUCIONAL	



GOBIERNO MUNICIPAL DE
AXTLA DE TERRAZAS
2021-2024
Axtla de Terrazas, S.L.P.



COORDINACION DE SALUD

SMDIF AXTLA



LICENCIA MÉDICA

EL (A) QUE SUSCRIBE EL(LA) DR.(A)
_____ CON CEDULA PROFESIONAL
_____, ENCARGADO (A) DEL TURNO _____ DE
LA DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD DE AXTLA DE TERRAZAS, S.L.P.
HACE CONSTAR QUE EL (LA) C.
_____ DE _____ AÑOS
DE EDAD, TRABAJADOR (A) ADSCRITO (A) EL DEPARTAMENTO
_____ OCUPANDO EL CARGO
DE: _____ ACUDE A REVISION MEDICA
ENCONTRANDO EL SIGUENTE DIAGNOSTICO:

IDX: _____
_____ MOTIVO POR EL CUAL SE LE OTORGA LICENCIA MEDICA:

DIAS		INICIO			TERMINO		
DIA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	

NOTA: _____

Se extiende el presente para los fines legales que al interesado convengan, a los
_____ días del mes _____ del _____.

ATENTAMENTE

DR. (A) _____
CED. PROFESIONAL _____

+52 489 361 0684
+52 489 3610004

www.axtladeterrazas-slp.gob.mx
info@axtladeterrazas-slp.gob.mx

5 de Mayo #15, ZC CP 79932
Axtla de Terrazas, S.L.P., MX

