



CONVENIO DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL EN MATERIA DE ATENCIÓN EN RIESGOS DE TRABAJO, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO COORDINACIÓN MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL Y BOMBEROS DE ZAPOPAN, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR SU COORDINADOR MUNICIPAL Y REPRESENTANTE LEGAL, **MARIO ALBERTO ESPINOSA CEBALLOS**, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO “**BOMBEROS ZAPOPAN**” Y; POR LA OTRA EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN, JALISCO; A TRAVÉS DE SU REPRESENTANTE LEGAL, EL **DR. MIGUEL RICARDO OCHOA PLASCENCIA**, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL DEL ORGANISMO ANTES MENCIONADO, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO “**EL O.P.D. SSMZ**” RESPECTIVAMENTE; SUJETÁNDOSE AMBAS PARTES A LAS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

I. Que, según lo ordenado en la Segunda Sesión Ordinaria de la Junta de Gobierno “**BOMBEROS ZAPOPAN**”, celebrada el pasado 27 de octubre de 2025, se autorizó la suscripción del presente instrumento *-en los términos ahí descritos-* en su punto cuarto de la Orden del Día.

II. Que, según lo ordenado en la Séptima Sesión Ordinaria de la Junta de Gobierno de “**EL O.P.D. SSMZ**” celebrada el pasado 19 de diciembre de 2025, se autorizó la suscripción del presente instrumento *-en los términos ahí descritos-* en su punto décimo primero de la Orden del Día.

DECLARACIONES

Declara “BOMBEROS ZAPOPAN”, que:

I. Que es un Organismo Público Descentralizado del Municipio de Zapopan, Jalisco; con personalidad jurídica y patrimonio propios, de conformidad al Acuerdo de Creación aprobado en sesión de Ayuntamiento del Municipio de Zapopan, Jalisco de fecha 25 de septiembre de 2025; el cual, con fecha 26 de septiembre de 2025, de conformidad a lo dispuesto con el artículo 42 fracción IV de la Ley del Gobierno y la Administración Pública Municipal del Estado de Jalisco; fue promulgado y publicado en el volumen XXXII No. 338, Segunda Época, de la Gaceta Municipal.

II. Que con base en el artículo décimo quinto fracción XIII y quinto transitorio del Acuerdo de Creación antes referido, Mario Alberto Espinosa Ceballos es el representante legal de dicho Organismo y tiene atribuciones para celebrar el presente convenio, quien acredita su carácter mediante la publicación en la gaceta referida en el punto inmediato anterior.

III. Que para efectos del presente convenio señala como domicilio legal y convencional el ubicado en la calle Dr. Luis Farah número 460, Conjunto Laureles, Zapopan, Jalisco; C.P. 45150.

IV.- Que cuenta con número de Registro Federal de Contribuyentes: OPD250926CE1.

Declara “EL O.P.D. SSMZ”, que:

I. Por acuerdo de fecha 30 treinta de agosto del 2001 dos mil uno, el Honorable Ayuntamiento de Zapopan, Jalisco, aprueba la creación del Organismo Público Descentralizado de la Administración



Página 1 de 7
TC



Pública Paramunicipal Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, reconocido como persona moral de conformidad con el derecho público y, por lo tanto, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio.

II. Compete al Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan de conformidad con los artículos 1º, 4º, 6º, 7º y 8º del Reglamento del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan la prestación de servicios médicos municipales, por la delegación de funciones que el Gobierno Municipal le hace y tiene como ámbito de su actividad el conjunto de servicios que se ministran a la población abierta en el Municipio de Zapopan, a través del Hospital General de Zapopan y de sus Unidades de Atención Médica de Urgencias.

III. Conforme al artículo 16 fracción I y XXIII del Reglamento del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, “**EL O.P.D. SSMZ**” cuenta con la personalidad jurídica y la facultades necesarias para obligarse en todos los actos jurídicos y asuntos que intervenga, con las facultades inherentes al mandatario designado con Poder para Actos de Administración y Poder Judicial.

IV. Que atento a lo que dispone el artículo 18 del Reglamento Interno del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, la Dirección General es la máxima autoridad ejecutiva y representante legal de “**EL O.P.D. SSMZ**”; facultándolo a suscribir los contratos de adquisiciones, servicios y arrendamientos de conformidad a las necesidades de “**EL O.P.D. SSMZ**” y a la disposición presupuestal.

V. La Dirección General del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, tiene asentado su domicilio para todos los efectos convencionales y procesales en el número 500 de la calle Ramón Corona, en la colonia Zapopan Centro, del Municipio de Zapopan, Jalisco, lo anterior, de conformidad con el artículo 76 Código Civil del Estado de Jalisco; y

VI. Que el artículo 18 del Reglamento Interno del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan determina que el Director General es la máxima autoridad ejecutiva del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, Jalisco.

DECLARAN LAS PARTES QUE:

I. Sus representantes tienen interés común en realizar el presente Convenio de Colaboración Interinstitucional, en materia de atención en riesgos de trabajo.

II. Comparecen a este acto con plenitud de sus facultades, de manera libre y espontánea y que las cláusulas que a continuación se detallan, constituyen la expresión fiel de su voluntad, sin reservas; así como que conocen la trascendencia y efectos legales de sus firmas.

III. De conformidad con las anteriores declaraciones, las partes reconocen su personalidad jurídica y la capacidad legal que ostentan.

IV. Cuentan con los recursos necesarios para cumplir el objeto materia de este acuerdo de voluntades.

V. En virtud de lo expuesto conocen el alcance y contenido de este Convenio y están de acuerdo en someterse a las siguientes:

CLÁUSULAS DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL EN MATERIA DE ATENCIÓN EN RIESGOS DE TRABAJO



M

Página 2 de 7

TC



PRIMERA. COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL EN MATERIA DE ATENCIÓN EN RIESGOS DE TRABAJO.- “EL O.P.D. SSMZ” se obliga a proporcionarle a “BOMBEROS ZAPOPAN” los servicios de atención, evaluación, expedición de la constancia e incapacidades en materia de Riesgos de Trabajo, respecto de los servidores públicos de “BOMBEROS ZAPOPAN” previa remisión del “Notificación de atención médica”, “Aviso de Calificación de Probable Riesgo de Trabajo”, “Datos para accidente en Trayecto”, “Memorándum para la atención médica por Riesgo de Trabajo”, “Parte Médico de Lesiones”, “Formato específico de antecedentes médicos bajo protesta de conducirse con verdad”, “Certificado de Incapacidad” y “Dictamen de Alta Médica y Reingreso al Trabajo”, que se adjuntan al presente instrumento en calidad de “ANEXO 1” que al ser firmado por las partes comparecientes forman parte integral del presente instrumento.

El presente Convenio de Colaboración Interinstitucional, además de lo previsto en el presente instrumento se sujetará a la normativa que para tales fines expida el “EL O.P.D. SSMZ”.

Bajo su más estricta responsabilidad, el personal de “BOMBEROS ZAPOPAN”, indicará los hechos que originaron el evento del Riesgo de Trabajo, siendo responsable de las manifestaciones incorrectas que se realicen.

SEGUNDA. CONSTANCIA DE RIESGO DE TRABAJO. En caso de llegarse a presentar algún suceso que pudiera catalogarse como Riesgo de Trabajo de algún servidor público de “BOMBEROS ZAPOPAN”; dicho evento será atendido y evaluado por “EL O.P.D. SSMZ”, para lo cual se expedirá la constancia respectiva en sentido afirmativo o negativo según sea correspondiente, esto es, como “sí de riesgo de trabajo” o como “no de riesgo de trabajo”; la determinación anterior correrá por cuenta exclusiva del personal del Área de Medicina Laboral de “EL O.P.D. SSMZ” en las instalaciones del Hospital General de Zapopan.

TERCERA. ATENCIÓN DE RIESGO DE TRABAJO. “EL O.P.D. SSMZ” deberá de contar con un soporte documental de la atención brindada por el Área de Medicina Laboral de conformidad con los documentos y formatos en el “ANEXO 1”; el horario de atención del Área de Medicina Laboral en el Hospital General de Zapopan es de 8:00 a 14:00 horas y de 15:00 a 21:00 horas de lunes a viernes.

Cuando se trate de accidente de trabajo, la servidora pública o el servidor público de “BOMBEROS ZAPOPAN”, deberá presentarse con la documentación y formatos del “ANEXO 1” dentro de las 72 setenta y dos horas siguientes al momento en que ocurrió el probable Riesgo de Trabajo, para ser atendido en el Área de Medicina Laboral del Hospital General de Zapopan.

Cuando se trate de un accidente en el trayecto lógico y directo de casa-trabajo y de trabajo-casa que puedan llegar a sufrir las servidoras públicas o los servidores públicos de “BOMBEROS ZAPOPAN”, deberá presentarse para su atención médica dentro de las 24 veinticuatro horas siguientes directamente al Hospital General de Zapopan o a la Unidad de Atención Médica de Urgencias Cruz Verde y solicitar el parte médico de lesiones expedido por el área que brindó la atención médica, incluidos el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Cruz Roja Mexicana y/o Cruz Verde.

El trayecto lógico y directo de casa-trabajo y de trabajo-casa a que se refiere el párrafo anterior, se deberá entender como aquella ruta de traslado sin desvíos hasta la puerta de su domicilio que produzca el servidor público, siempre que coincida ordinaria, temporal y geográficamente con la que usualmente emplea para sus desplazamientos.





CUARTA. CONTRAPRESTACIÓN. “EL O.P.D. SSMZ” se compromete a brindar los servicios médicos relacionados con Riesgos de Trabajo y absorber el 100% cien por ciento del costo de los mismos, de conformidad con el Catálogo de Servicios y Tabulador de Cuotas de Recuperación vigente, establecidas y aprobadas por el “EL O.P.D. SSMZ”.

La prestación de servicios médicos que brinde “EL O.P.D. SSMZ” con motivo de Riesgos de Trabajo respecto de las servidoras públicas y los servidores públicos de “BOMBEROS ZAPOPAN” para efectos de la atención, evaluación, expedición de la constancia, incapacidades y alta médica, se prestarán de conformidad al Catálogo de Servicios y Tabulador de Cuotas de Recuperación vigente de “EL O.P.D. SSMZ” previa suficiencia presupuestal; cabe resaltar que no se incluyan los medicamentos ambulatorios.

Los servicios, tratamientos y terapia intensiva, no contemplados en el Catálogo de Servicios y Tabulador de Cuotas de Recuperación de “EL O.P.D. SSMZ”, correrán por cuenta exclusiva de “BOMBEROS ZAPOPAN”, en su carácter de patrón de las servidoras públicas y los servidores públicos.

Cuando “EL O.P.D. SSMZ” determine que, derivado de la complejidad del caso médico de Riesgo de Trabajo sufrido por la servidora pública o el servidor público de “BOMBEROS ZAPOPAN” no pueda ser atendido por “EL O.P.D. SSMZ”, deberá notificarse dicha situación al “BOMBEROS ZAPOPAN”, quien en su carácter de patrón resolverá lo conducente y absorberá la responsabilidad para la atención de Riesgo de Trabajo.

QUINTA. VIGENCIA. El presente Convenio comenzará a surtir efectos a partir del día **1o primero de enero de 2026 dos mil veintiséis y concluirá el día 30 treinta de septiembre del año 2027 dos mil veintisiete**; cumplido el término del presente Convenio, cesarán los efectos del mismo.

SEXTA. ANTECEDENTES, NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD PREEXISTENTES. El servidor público beneficiario de la atención de algún Riesgo de Trabajo tiene la obligación de informar verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes médicos y clínicos, necesidades y problemas de salud preexistentes a los médicos tratantes y médicos del servicio de Medicina Laboral de “EL O.P.D. SSMZ”. El servidor público beneficiario deberá suscribir el formato específico de antecedentes médicos bajo protesta de conducirse con verdad; el servidor público que falte a la verdad será responsable en los términos de las disposiciones legales aplicables.

Ante la sospecha, criterio, antecedentes médicos y clínicos y reincidencia médica y con base en los conocimientos del médico especialista podrán solicitarse estudios específicos para identificar antecedentes, necesidades y problemas de salud preexistentes.

Tratándose de Riesgos de Trabajo que sufran las servidoras públicas o los servidores públicos relacionados con lesiones de columna, hombro, rodilla o cualquier otra lesión cuya relevancia sea previamente determinada por “EL O.P.D. SSMZ” el Médico Tratante y el Médico del Servicio de Medicina Laboral, bajo su más estricta responsabilidad deberán practicar dentro del plazo de noventa días, contados a partir de que aconteció el evento agudo, una nueva valoración del padecimiento de la servidora pública o el servidor público para diagnosticar sobre sus antecedentes médicos y clínicos, necesidades y problemas de salud preexistentes para determinar que el servidor público sea diagnosticado con una enfermedad crónico degenerativa, y por ende, no pueda ser dictaminado como Accidente de Trabajo dicho evento.

En caso de que el paciente sea diagnosticado con una enfermedad crónico degenerativa (entendida como el padecimiento ajeno al trabajo, de larga evolución del rubro de enfermedad general), los Médicos del Hospital General de Zapopan, una vez identificado realizarán las orientaciones correspondientes para





derivar su caso al Instituto Mexicano del Seguro Social para que reciba el tratamiento médico definitivo, el control requerido y la posible expedición de incapacidad bajo la rama de enfermedad general por padecimiento crónico degenerativo.

SÉPTIMA. ABANDONO DEL TRATAMIENTO. La servidora pública o el servidor público que, a partir de la solicitud de calificación del probable Riesgo de Trabajo, o en cualquier etapa del proceso, no acuda a una cita de consulta o falte a dos terapias de rehabilitación por causas imputables a éste, causará baja por abandono del tratamiento, además cuando no continúe con algún trámite o dilate innecesariamente su tratamiento médico también causará ALTA inmediata por abandono del tratamiento y en consecuencia se le dictaminará su alta y reingreso al trabajo y se le tendrá por precluido su derecho a continuar con su tratamiento correspondiente, sin que exista recurso de por medio.

Por lo anterior "EL OPD SSMZ" deberá dar sus indicaciones de tratamiento o rehabilitación por escrito, y señalar en dicho escrito que la servidora pública o el servidor público que, a partir de la solicitud de calificación del probable riesgo de trabajo o de cualquier etapa del proceso, no acuda a una cita de consulta o falte a dos terapias de rehabilitación, causará alta inmediata.

En el supuesto señalado en el párrafo anterior, el Médico Tratante o en su defecto, el Médico del Servicio de Medicina Laboral del Hospital General de Zapopan, procederán a la Alta Médica del servidor público mediante el formato Dictamen de Alta y Reingreso al Trabajo (OPDSSMZ-ML-F-003), sin que sea necesaria la presencia y la firma del paciente para la validez del dictamen indicado.

OCTAVA. ASESORÍA Y CAPACITACIÓN. Para el correcto cumplimiento del presente Convenio, a solicitud de "BOMBEROS ZAPOPAN", podrá brindarse asesoría y/o capacitación en materia de riesgos de trabajo por parte del personal del "EL O.P.D. SSMZ", entre otros temas, para el llenado correcto de los formatos, valoración de los hechos para dar aviso del riesgo de trabajo, entre otros, la asesoría y/o capacitación se realiza en las instalaciones del propio Hospital General de Zapopan.

NOVENA. MODIFICACIONES. El presente Convenio podrá ser modificado o adicionado de común acuerdo, de conformidad con los términos establecidos en la legislación aplicable y, sólo serán válidas cuando hayan sido hechas por escrito y firmadas por las partes.

Cuando por necesidades "EL O.P.D. SSMZ" deba modificar en su totalidad o alguna de sus partes el "ANEXO 1" que forma parte integral del presente Convenio, "EL O.P.D. SSMZ" deberá girar oficio al "BOMBEROS ZAPOPAN" para informar las modificaciones conducentes que surtirán efectos a partir del día siguiente de la notificación, mismas que serán válidas para ambas partes para todos los efectos administrativos y legales correspondientes.

DÉCIMA. TERMINACIÓN ANTICIPADA. Ambas partes podrán dar por terminado anticipadamente el presente Convenio cuando así convenga a las necesidades propias de cada uno, sin necesidad de justificar esta determinación, sin ninguna responsabilidad para ambas partes, y sin que medie Resolución o interpelación judicial, previa notificación por escrito las partes, y en el caso de "BOMBEROS ZAPOPAN" informar a sus servidoras públicas y servidores públicos del probable riesgo de trabajo, con una anticipación no menor de 30 treinta días naturales a la fecha que se determine para tal terminación, donde las partes realizarán los ajustes que correspondan, a fin de que se termine los asuntos en trámite de "BOMBEROS ZAPOPAN" por parte de "EL O.P.D. SSMZ" si hubiera remanente de atenciones médicas brindadas, que esté debidamente comprobado que se encuentre en curso previo la fecha de terminación.

DÉCIMA PRIMERA. RESCISIÓN. Ambas partes podrán rescindir el presente Convenio, sin





responsabilidad para él en los siguientes casos que de manera enunciativa más no limitativa se señalan:

- a) Si alguna de las partes incumple con cualquiera de los términos y condiciones establecidos en el presente Convenio.
- b) Cuando las diversas disposiciones aplicables así lo señalen.
- c) Cuando la Autoridad competente así lo determine.

DÉCIMA SEGUNDA. RESPONSABILIDAD LABORAL. "LAS PARTES" se comprometen a que el personal que sea designado para la realización de cualquier actividad relacionada con el presente Convenio, permanecerá en forma absoluta bajo la dirección y dependencia de la Entidad con la cual tiene establecida su relación laboral, mercantil, civil, administrativa o de cualquier otra índole, por lo que no se creará subordinación de ninguna especie con la parte opuesta, ni operará la figura jurídica de patrón sustituto o solidario; razón por la cual en este acto "LAS PARTES" se deslindan mutuamente de cualquier responsabilidad en materia laboral que pudiera surgir con los trabajadores de cada una de ellas.

DÉCIMA TERCERA. RESPONSABLES. "LAS PARTES" señalan como responsables para dar seguimiento de los compromisos adquiridos en este documento a los siguientes:

I.- "EL O.P.D. SSMZ" designa al titular de la **Dirección Médica.**

II.- " BOMBEROS ZAPOPAN" designa a la persona titular del **Departamento de Recursos Humanos de la Dirección de Administración y Finanzas.**

Para el caso de que alguna de "LAS PARTES" haya cambiado de responsables previo al término de la vigencia del Convenio que nos ocupa, deberá de dar aviso de manera inmediata y por escrito a la otra parte.

DÉCIMA CUARTA. CESIÓN. "LAS PARTES" en el presente Convenio no podrán ceder, sublicenciar, empeñar o transmitir en forma alguna sus derechos y obligaciones, en todo o en parte, sin el consentimiento previo y por escrito de la otra parte.


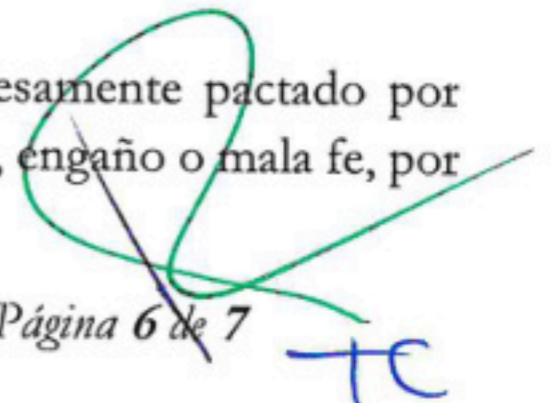
DÉCIMA QUINTA. RENUNCIAS NO IMPLÍCITAS. "LAS PARTES" acuerdan que en caso de que alguna de ellas renuncie a cualquiera de los derechos o beneficios de los que son titulares en virtud de lo establecido en el presente Convenio, deberá hacerlo por escrito. Asimismo, la renuncia que haga cualquiera de "LAS PARTES" a los beneficios o derechos a que se hace mención en este instrumento, no se considerará como renuncia para los demás beneficios o derechos que se deriven del mismo y a los que no se ha hecho renuncia expresa.

No obstante, lo anterior, ningún retraso o demora en el ejercicio de los derechos o beneficios derivados del presente Convenio por alguna de "LAS PARTES", se considerará como renuncia a los mismos.

DÉCIMA SEXTA. ENCABEZADOS. Los encabezados de acuerdos del presente Convenio son incorporados al mismo únicamente por conveniencia para su mejor manejo, pero de ninguna manera se considerarán como parte del presente instrumento ni afectarán los compromisos en él contenidos.

DÉCIMA SÉPTIMA. VICIOS DEL CONSENTIMIENTO. Queda expresamente pactado por "LAS PARTES" que el presente Convenio es celebrado sin violencia, dolo, error, engaño o mala fe, por





Página 6 de 7
TC



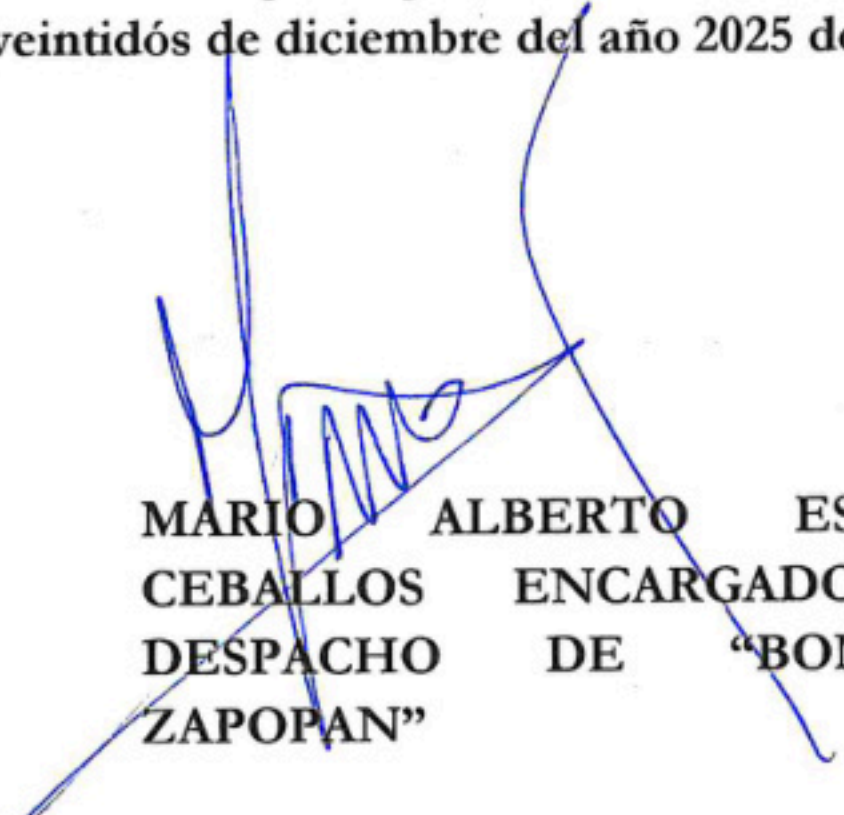
lo que no existe vicio de consentimiento alguno que limite o pueda limitar los efectos jurídicos de este instrumento.

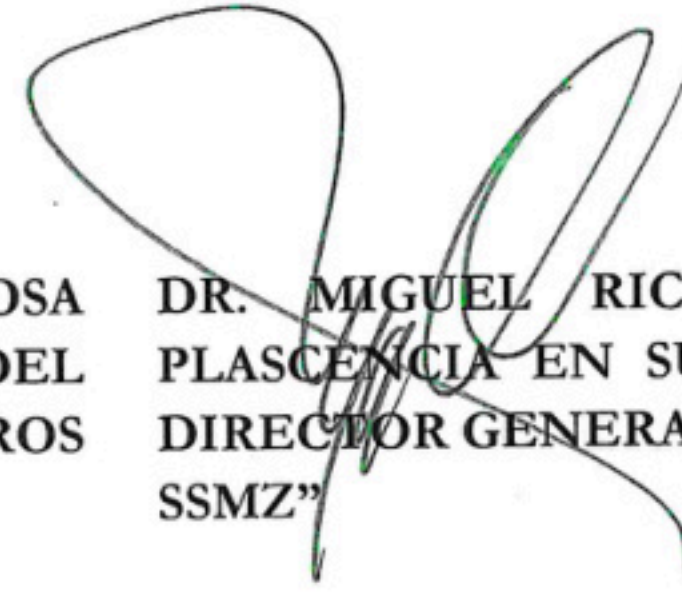
DÉCIMA OCTAVA. CASO FORTUITO Y FUERZA MAYOR. Ambas partes estarán exentas de toda responsabilidad civil, en caso de retraso, mora e incumplimiento total o parcial del presente Convenio, debido a causas de fuerza mayor o caso fortuito, entendiéndose por esto a todo acontecimiento presente o futuro, ya sea fenómeno de la naturaleza o no, que esté fuera del dominio de la voluntad, que no pueda preverse y que aun previéndolo no se pueda evitar; sin embargo, a la parte a la que se le presente cualquiera de las causas arriba citadas, en cuanto le sea posible deberá notificar por escrito a la otra, o al término de dicha causa en forma fehaciente el evento.

DÉCIMA NOVENA. LEGISLACIÓN APLICABLE. Ambas partes convienen expresamente que el presente Convenio es producto de buena fe, por lo que las dudas o controversias que se susciten con motivo de su interpretación y cumplimiento serán resueltas de común acuerdo.

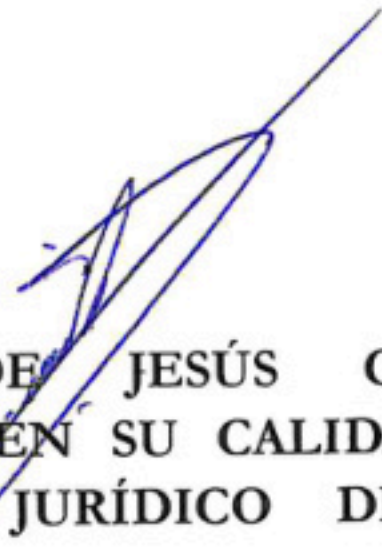
En caso de no llegar a un acuerdo para la interpretación y/o cumplimiento del presente Convenio, ambas partes convienen someterse a las Leyes y Jurisdicción de los Tribunales Competentes del Estado de Jalisco, por lo que renuncian a cualquier otro fuero que por razón de sus domicilios presentes o futuros les llegara a corresponder.

Previa lectura y con pleno conocimiento del alcance legal del contenido del presente Convenio, las partes lo suscriben, por duplicado, sirviendo cada ejemplar como original para cada una de las partes; el día 22 veintidós de diciembre del año 2025 dos mil veinticinco, en el Municipio de Zapopan, Jalisco.


MARIO ALBERTO ESPINOSA
CEBALLOS ENCARGADO DEL
DESPACHO DE "BOMBEROS
ZAPOPAN"


DR. MIGUEL RICARDO OCHOA
PLASCENCIA EN SU CALIDAD DE
DIRECTOR GENERAL DE "EL O.P.D.
SSMZ"

TESTIGOS


MARTÍN DE JESÚS CASTRO
SANDOVAL EN SU CALIDAD DE
DIRECTOR JURÍDICO DE "EL
O.P.D. SSMZ"

Trinidad Castellanos
MA. GUADALUPE TRINIDAD
CASTELLANOS EN SU CALIDAD DE
APODERADA DE "BOMBEROS
ZAPOPAN"



TC



Ciudad de las **niñas y niños**

Notificación de atención médica para trabajadores del Ayuntamiento de Zapopan (OPDSSMZ-ML-F-001).



O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500. Zapopan, Jalisco.

Ayto. Zapopan OPD SSMZ DIF COMUDE



NOTIFICACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA PARA TRABAJADORES DEL AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN OPDSSMZ-ML-F-001 Rev 0

FAVOR DE UTILIZAR LETRA LEGIBLE

No. de Folio _____

Nombre del empleado _____	No. Empleado _____	Edad _____	Género _____
Dependencia _____	Categoría/Puesto _____		
Días que labora el trabajador _____	Horario que labora el día del accidente _____		
Domicilio (calle y número) _____			
Colonia _____	Municipio _____	Teléfono _____	
TIPO DE ACCIDENTE: ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRAYECTO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>			
DATOS DEL ACCIDENTE			
1)- FECHA: DÍA _____ MES _____ AÑO _____, HORA: _____ : _____			
2)- LUGAR DEL ACCIDENTE: _____			

Sus datos personales serán utilizados **única y exclusivamente** para llevar a cabo los objetivos y atribuciones de este organismo, mismos que Usted podrá consultar en el aviso de privacidad integral en <http://www.ssmz.gob.mx>

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE RECURSOS HUMANOS

SELLO DE LA INSTITUCIÓN

ANEXO 1



TC



Ciudad de las
niñas y niños

Aviso de calificación de probable riesgo de trabajo (OPDSSMZ-ML-F-002).



O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

Ramón Corona No. 500. Zapopan, Jalisco.

Ayto. Zapopan O.P.D. "S.S.M.Z." DIF COMUDE

AVISO DE CALIFICACIÓN DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO

OPDSSMZ-ML-F-002 Rev 0



FAVOR DE UTILIZAR LETRA LEGIBLE No. de Folio _____

NOMBRE DEL EMPLEADO		DEPENDENCIA					
CATEGORÍA/PUESTO		No. EMPLEADO	DÍAS QUE LABORA EL TRABAJADOR				
HORARIO QUE LABORA EL DÍA DEL ACCIDENTE							
EDAD	SEXO	DOMICILIO (CALLE Y NÚMERO)					
COLONIA		MUNICIPIO	TELÉFONO				
ANTECEDENTES MÉDICOS PREVIOS:							
ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		ACCIDENTE DE TRAYECTO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>					
1)- FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE: DÍA _____ MES _____ AÑO _____, HORA _____							
2)- LUGAR DEL ACCIDENTE: _____							
3)- DESCRIPCIÓN DE LO OCURRIDO: _____							
4)- DESCRIPCIÓN DE MOLESTIAS O LESIONES PRESENTADAS: _____							
NOMBRE DE LA PERSONA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL RIESGO		PUESTO	<table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> <td>HORA</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	HORA
DÍA	MES	AÑO	HORA				
QUE AUTORIDAD TOMA CONOCIMIENTO DEL RIESGO. ANEXAR COPIA DEL ACTA DEL MINISTERIO PÚBLICO, CRUZ VERDE, CRUZ ROJA, OTRAS.							
QUIÉN PROPORCIONA LA PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA:							
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA POR JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO:							
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE RECURSOS HUMANOS		SELLO DE LA INSTITUCIÓN					
NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD DEL TRABAJADOR							

---SE PUEDE PROTESTAR POR LA VERDAD Y EN PLANO LINDO DE LOS DOCUMENTOS AUTORIZADO CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO---

* Todo trabajador incapacitado podrá ser sujeto a visitas domiciliarias, con el fin de dar seguimiento al proceso de recuperación. Sus datos personales serán utilizados única y exclusivamente para llevar a cabo los objetivos y atribuciones de este organismo, mismos que Usted podrá consultar en el aviso de privacidad integral en <http://www.ssmz.gob.mx>

ANEXO 1



Handwritten signature

Handwritten signature
TC



Ciudad de las niñas y niños

DICTAMEN DE CALIFICACIÓN (PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO)						
ACCIDENTE DE TRABAJO	ACCIDENTE DE TRÁYECTO	DÍA	MES	AÑO	HORA	
FECHA EN QUE SE PRESENTO POR PRIMERA VEZ AL SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO						
DIAGNÓSTICOS:						
OBSERVACIONES				¿SE ACEPTA COMO RIESGO DE TRABAJO?		
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
				NOMBRE, FIRMA y CÉDULA DEL MÉDICO		
DICTAMEN DE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO						
DICTAMEN DE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
DIAGNÓSTICO						
MOTIVO DE LA RECAIDA						
				NOMBRE, FIRMA y CÉDULA DEL MÉDICO		
FECHA:		DÍA	MES	AÑO		

ANEXO 1



Handwritten signature and initials in blue ink.

TC



Ciudad de las
niñas y niños

Dictamen de alta y reingreso al trabajo (OPDSSMZ-ML-F-003).



O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

Ramón Corona No. 500. Zapopan, Jalisco

DICTAMEN DE ALTA Y REINGRESO AL TRABAJO



Unidad: H.G.Z. C.V.N. C.V.S. C.V.F. C.V. Villa de Ope. C.V. Sta Lucía C.V. Niña Eva

OPDSSMZ-ML-F-003 Rev 0

NOMBRE DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	
NO. DE PLANTILLA	DEPENDENCIA		
PUESTO		TURNO	
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRAYECTO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD GENERAL <input type="checkbox"/> RECAIDA DE R. DE T.			
DÍAS DE INCAPACIDAD			
NÚMERO	DETA	DEL	AL
FECHA DE ALTA		MOTIVO	
FECHA DE REINGRESO AL TRABAJO			
NOMBRE DEL MÉDICO Y CÉDULA			
LUGAR Y FECHA DE ELABORACIÓN DEL PRESENTE DICTAMEN			
COMENTARIOS _____			

FIRMA DEL MÉDICO		RECIBÍ ALTA ORIGINAL NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE	

Sus datos personales serán utilizados única y exclusivamente para llevar a cabo los objetivos y atribuciones de este organismo, mismo que Usted podrá consultar en el aviso de privacidad integral en <http://www.ssmz.gob.mx>

ANEXO 1



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]



Ciudad de las **niñas y niños**

Datos para accidentes en trayecto (OPDSSMZ-ML-F-004).



O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

Ramón Corona No. 500. Zapopan, Jalisco.

Ayto. Zapopan O.P.D. "S.S.M.Z." DIF COMUDE



DATOS PARA ACCIDENTE EN TRAYECTO

OPDSSMZ-ML-F-004 Rev 0

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____

ENTRE QUE CALLES OCURRIÓ EL ACCIDENTE _____

_____ y _____

DOMICILIO A DONDE VA A TRABAJAR

CALLE _____

COLONIA _____ CÓDIGO POSTAL _____

MUNICIPIO _____

DOMICILIO DONDE VIVE

CALLE _____

COLONIA _____ CÓDIGO POSTAL _____

MUNICIPIO _____

ruta de camión que utilizó el día del accidente _____

REALIZAR UN CROQUIS APROXIMADO DEL LUGAR DE TRABAJO AL DOMICILIO PARTICULAR POR CALLES PRINCIPALES Y SEÑALAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE.

NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD DEL TRABAJADOR

**SALVO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD Y EN PLENO USO DE MIS FACULTADES, AUTORIZO LO CONTENIDO EN ESTE DOCUMENTO

Sus datos personales serán utilizados única y exclusivamente para llevar a cabo los objetivos y atribuciones de este organismo, mismos que Usted podrá consultar en el aviso de privacidad integral en <http://www.ssmz.gob.mx>

[Handwritten signature]

ANEXO 1



TC



Ciudad de las
niñas y niños

Certificado de Incapacidad (OPDSSMZ-ML-F-005).



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE ZAPOPAN
OPD SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500 Col. Centro C.P. 45100. Zapopan, Jalisco



Ciudad de las
niñas y niños

OPDSSMZ-ML-F-005 REV 0

					MASC			CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE	
					FEM				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)		SEXO	No. EMPLEADO		
DOMICILIO									
CALLE									
No. EXTERIOR - INTERIOR			COLONIA			ZONA O LOCALIDAD			
INIC	SUBS	DÍAS AUTORIZADOS CON LETRA	CON NUM.	APARTIR DEL	EXPEDIDO EL	RAMA DE ATENCIÓN		UNIDAD MÉDICA	
				DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	ACCIDENTE DE TRABAJO	ENFERMEDAD GENERAL		
HOSPITALIZADO		NUM. DE DÍAS CON LETRA	CON NUM.	DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN				FIRMA DEL MÉDICO	
SI	NO								
DIAGNÓSTICO									

ANEXO 1





Ciudad de las
niñas y niños

Parte de Lesiones Dictamen Médico-Legal Clasificativo (OPDSSMZ-UR-004 Rev 0)



O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN
RAMÓN CORONA NO. 500. ZAPOPAN, JALISCO.
Parte de Lesiones / Dictamen Médico - Legal Clasificativo
OPDSSMZ-UR-F-004 Rev 1



ORIGINAL

FOLIO

25-001-9999

UNIDADES

H.G.Z. C.V.N. C.V.S. C.V.F. C.V. Villa de Gpe. C.V. Sta Lucía C.V. Niña Eva

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Domicilio: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
GÉNERO [] Masculino [] Femenino REFIERE ESTADO DE GRAVIDEZ [] Si [] No

DATOS DEL PARTE DE LESIONES

INGRESO a las _____ hrs., del día _____ del mes _____ del año 20____
¿SE PERCIBE ALIENTO ALCOHÓLICO? Si No PROCEDENCIA: Directo Ambulancia Vertical
CLASIFICACIÓN Si Hospital No Hospital SERVICIOS prestados _____
lugar del evento _____
REFIERE QUE LA FECHA DEL EVENTO FUE EL DÍA: _____ del mes: _____ y año: _____ con hora aproximada: _____
Remitido al Ministerio Público

AGENTES DEL DAÑO

[] Contundente [] Cortante [] Punzante [] Punzocortante [] Cortocontundente [] Explosivo
[] Balístico [] Químico [] Térmico [] Eléctrico [] Mecánico [] Abrasivo
[] Otro

TIPO DE ACCIDENTE

[] Por agresión [] Autólisis [] Vial
[] Caída [] Sumersión [] Inmersión
[] Intoxicación [] Quemaduras [] Ahorcamiento
[] Mordedura [] Picadura [] Explosivo
[] Laboral [] Doméstico [] Deportivo
[] Escolar [] Otro

LESIONES

[] Fractura expuesta [] Fractura abrigada [] Escoriación Dermo epidérmica
[] Herida [] Abrasión [] Quemaduras
[] Intoxicación [] Esguince [] Hematoma
[] Equimosis [] Luxaciones
[] Otro

LAS LESIONES

	Si	No	Se desconoce	Ninguno []
Ponen en peligro la vida del paciente.	[]	[]	[]	
Tarda más de 15 días en sanar.	[]	[]	[]	
Tarda menos de 15 días en sanar.	[]	[]	[]	
Dejan cicatriz notable en: cara, cuello y pabellones.	[]	[]	[]	
Producen menoscabo en las funciones u órganos del paciente.	[]	[]	[]	
Producen menoscabo de alguna función orgánica o de un miembro del paciente.	[]	[]	[]	
Producen la pérdida de alguna función orgánica o de un miembro del paciente.	[]	[]	[]	
Causan enfermedad, deformidad o incapacidad permanente.	[]	[]	[]	
Fueron producidas a una mujer que refiere estar en estado de gravidez.	[]	[]	[]	

PRESENTA

Nombre, cédula y firma del médico: _____
Fecha de elaboración del Dictamen: _____

Sus datos personales serán utilizados única y exclusivamente para llevar a cabo los objetivos y atribuciones de este organismo, mismos que Usted podrá consultar en el aviso de privacidad integral en <http://www.ssmz.gob.mx>

ANEXO 1



TC



Ciudad de las
niñas y niños

ORIGINAL

PRESENTA

Blank area for the medical report content.

Nombre, cédula y firma del médico: _____

Fecha de elaboración del Dictamen: _____

Sus datos personales serán utilizados única y exclusivamente para llevar a cabo los objetivos y atribuciones de este organismo, mismos que Usted podrá consultar en el aviso de privacidad integral en <http://www.ssmz.gob.mx>

ANEXO 1



Handwritten signatures in blue and green ink, including the initials 'TC'.



Ciudad de las
niñas y niños

Ejemplo de redacción de oficio emitido por la dependencia municipal a la que está adscrito el trabajador accidentado, solicitando atención médica.



GOBIERNO MUNICIPAL
DE ZAPOPAN, JALISCO
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN

Favor de acudir al

Memorandum No. [REDACTED]

Zapopan, Jalisco a:

31 de enero del 2023

[REDACTED]
Director General de Servicios Médicos Municipales
Presente.

DEPENDENCIA

OF. MAYOR ADMVA.
ADMVO. DE REC. NUM.

Por este conducto le solicito de la manera más atenta su apoyo a fin de que se proporcione la atención médica, al Servidor Público, exclusivamente para el accidente de trabajo, ya que el día 31 de enero del 2023 sufrió un probable riesgo de trabajo

Nombre
No. de empleado
Puesto
Departamento



Sin más por el momento, le agradezco su atención

Favor de acudir a la primera atención médica antes del:

03-feb.-23

Para Hospital

ATENTAMENTE
"SUFRAGIO EFECTIVO NO. REELECCION"
ZAPOPAN TIERRA DE AMISTAD, TRABAJO Y RESPETO

[REDACTED]
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE PERSONAL

ANEXO 1



[Handwritten signature]

TC



Ciudad de las
niñas y niños

Formato específico de antecedentes médicos bajo protesta de conducirse con verdad elaborado por el servidor público.

H. ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN.

**DR. MIGUEL RICARDO OCHOA PLASCENCIA.
DIRECTOR GENERAL DEL O.P.D. SSMZ.
PRESENTE:**

El que suscribe _____, **BAJO PROTESTA DE CONducIRME CON VERDAD** manifiesto que presento los **ANTECEDENTES, NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD PREEXISTENTES** siguientes:

DESCRIBIR LOS ANTECEDENTES, NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD PREEXISTENTES

Doy mi consentimiento expreso y autorizo que el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, realice en mi persona los estudios específicos y nuevas valoraciones médicas que correspondan para identificar antecedentes, necesidades y problemas de salud preexistentes.

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD manifiesto que los **ANTECEDENTES, NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD PREEXISTENTES** antes descritos, están siendo medicamente tratados por **ENFERMEDAD GENERAL** derivado de la enfermedad crónico degenerativa que padezco.

Atentamente.
Zapopan, Jalisco. Al día _____ del mes de _____ del año _____.

Nombre:	
Puesto:	
No. Empleado	

Nombre de la Entidad Pública Patronal. _____

ANEXO 1



(Handwritten signatures in blue and green ink)