



**San Francisco
del Rincón** 2021
2024
Nuestro impulso eres tú

RECIBIDO

26 OCT 2023

Angélica García
SECRETARIA DEL H. AYUNTAMIENTO
San Francisco del Rincón, Gto.

<<Bicentenario de la Instalación de la Excelentísima
Diputación Provincial de Guanajuato, 1822-1824>>

OFICIO NO. DI/612/2023
ASUNTO: EL QUE SE INDICA

LIC. CHRISTIAN ROBERTO CASAS LAGUNA
SECRETARIO DEL H. AYUNTAMIENTO
P R E S E N T E.

La que suscribe **C.P. Luz Estela Gómez Álvarez**, en mi carácter de **Directora de Desarrollo Institucional del Municipio de San Francisco del Rincón, Gto.** Por medio del presente me es grato saludarle asimismo me permito solicitar mi intervención ante el pleno del H. Ayuntamiento, en una próxima sesión a celebrarse.

Con la finalidad de dar cuenta con la ficha informativa del status de atención que se ha otorgado al **C. ISIDRO DAVID ALMAGUER RODRÍGUEZ, AGENTE DE TRANSITO, ADSCRITO A LA DIRECCIÓN DE SEGURIDAD CIUDADANA, TRANSITO Y VIALIDAD DE ESTE MUNICIPIO.**

Y en atención y seguimiento al acuerdo del H. Ayuntamiento, recaído en el punto IV numeral 12 de la orden del día de la Sesión Ordinaria asentada en Acta 1,336 celebrada en fecha 25 de octubre de 2023.

Sin más por el momento, quedo de usted como su atenta y segura servidora.

ATENTAMENTE

SAN FRANCISCO DEL RINCÓN, A 26 DE OCTUBRE DE 2023



Nuestro Impulso eres Tú

**DIRECCIÓN DE
DESARROLLO INSTITUCIONAL**

C.P. LUZ ESTELA GÓMEZ ÁLVAREZ
DIRECTORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



Palacio Municipal s/n
Zona Centro. C.P. 36300
Tel: 476 74-4-78-00
www.sanfrancisco.gob.mx

FICHA TÉCNICA

Nombre: Isidro David Almaguer Rodríguez

Puesto: Agente de tránsito

Fecha de ingreso: 14 de octubre de 2016

Antigüedad: 7 años

Dependencia: Seguridad Ciudadana, Tránsito y Vialidad

Lugar y fecha del siniestro: Blvd. Juventino Rosas, San Francisco del Rincón, 22 de agosto de 2023

SDI IMSS: \$360.00 (Trecientos sesenta pesos 00/100 m.n.)

SDI: \$430.32 (Cuatrocientos treinta pesos 32/100 m.n.)

Tipo de incapacidad: Riesgo de trabajo

FOLIO INCAPACIDAD	TIPO	RELACIÓN INCAPACIDADES						DESCUENTOS NÓMINA				
		DÍAS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	SDI IMSS	TOTAL	ACUM. INCAP.	NÚM. CAT.	PERÍODO		DESCUENTO DESC. ACUM.	
MP399333	INICIAL	3	22/08/2023	24/08/2023	\$ 360.00	\$ 1,080.00	\$ 1,080.00	19	4-05-2023 A 17-09-2023	0	0	
MM081292	SUBSECUENTE	2	22/08/2023	Penal Remisión IMSS	\$ 360.00	\$ 770.00	\$ 1,800.00	20	18-09-2023 A 1-10-2023	\$ 1,500.00	\$ 1,500.00	
MM097331	SUBSECUENTE	15	25/08/2023	08/09/2023	\$ 360.00	\$ 5,400.00	\$ 7,200.00	21	2-10-2023 A 15-10-2023	\$ 2,000.00	\$ 3,500.00	
MM097335	SUBSECUENTE	20	09/09/2023	28/09/2023	\$ 360.00	\$ 7,200.00	\$ 14,400.00	22	16-10-2023 A 29-10-2023	\$ 1,500.00	\$ 5,000.00	
MM085688	SUBSECUENTE	28	29/09/2023	26/10/2023	\$ 360.00	\$ 10,080.00	\$ 24,480.00					

Se adjunta la Tarjeta informativa DG SCTYV-TRA 479/2023 con fecha 23 de agosto de 2023 a cargo de la Dirección de seguridad ciudadana tránsito y vialidad con asunto: Lesiones dolosas de compañeros, dirigido al Comandante Sergio Serrano Rodríguez, Coordinador de Tránsito y Vialidad.

Asimismo anexo copia de los datos complementarios para la calificación de probable accidente de trabajo.

Se adjuntan las incapacidades emitidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social a partir del 22 de agosto del presente año.

Se adjuntan los recibos de nómina correspondientes a las catorcenas 19, 20, 21 y 22, cuyos periodos comprenden del 4 de septiembre al 29 de octubre del 2023.



Dirección de seguridad ciudadana tránsito y vialidad
Coordinación de tránsito y vialidad.
TARJETA INFORMATIVA DGSCTyV-TRA 479/2023
Asunto: Lesiones dolosas de compañeros.
San Francisco del Rincón Gto 23 de Agosto 2023.

COMADANTE
SERGIO SERRANO RODRIGUEZ
COORDINADRO DE TRANSITO Y VIALIDAD
P R E S E N T E.

Por medio del presente le informo a usted que el día de hoy **martes 22 de agosto del año en curso** siendo aproximadamente la **21:30 hrs.** Al circular en nuestro recorrido de supervisión sobre el Blvd. Juventino Rosas en dirección poniente - oriente a bordo de la **unidad 3336** un servidor Agente de tránsito **Isidro David Almaguer Rodríguez** en compañía del Agente de tránsito **Fernando Uriel Solís Galindo** y a unos metros antes de arribar a las instalaciones de la Cruz Roja se nos emparejo una motocicleta con dos tripulantes uno de ellos comenzando a realizar disparos de arma de fuego en contra de unos servidores, sintiendo que un proyectil impactaba en mi rostro continuando la marcha de la unidad y continuando escuchando detonaciones observando que algunos al pasar la carrocería del vehículo hacían impacto en mi compañero motivo por el cual detuve la marcha de la unidad y desaborde para correr y pedir ayuda en la cruz roja donde me brindo los primeros auxilio la **TUM Fernanda Valadez** quien con apoyo de sus compañeros me abordó a la ambulancia de la Cruz Roja **GTO - 464** para trasladarme a la clínica T-7 del IMSS haciendo lo mismo con mi compañero **Fernando Uriel** pero a bordo de la **unidad 3336** manejada por el **TEM Juan José Flores Medel**, quedando ambos en dicha clínica para la atención médica, tomando conocimiento en el lugar el **policía Iro. José Juan Vargas Velázquez** y el **policía Iro. Alejandro Hernández Barrera** para el protocolo correspondiente.

Sin más por el momento quedo a sus órdenes.

RESPECTUOSAMENTE
"NUESTRO IMPULSO ERES TU"



Palacio Municipal s/n
Zona Centro. C.P. 36300
Tel: 01 (476) 74-4-78-00
www.sanfrancisco.gob.mx

DAFOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACIÓN DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA Municipio San Francisco del Rincon sin fin de Sociedad		2) ACTIVIDAD O GIRO Actividades Asistenciales de Administración		REGISTRO PATRONAL BSY2132910		D. E.	
4) DOMICILIO DONDE EL TRABAJADOR DESEMPEÑA SUS ACTIVIDADES LABORALES: CALLE Y NÚMERO Palacio Municipal sn		COLONIA O FRACCIONAMIENTO Centro		ALCALDIA O MUNICIPIO San Francisco del Rincon			
CIUDAD Y ESTADO Guanajuato		CÓDIGO POSTAL 36300		5) TELEFONO FIJO 476 74 4 78 00		6) CORREO ELECTRONICO	
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR Alvarez Rodriguez Isidro David		8) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 6207891257		D.V. 2		9) OCUPACION Agente de Tránsito	
10) DOMICILIO DEL TRABAJADOR: CALLE Y NÚMERO Hoyos Totales # 124		COLONIA O FRACCIONAMIENTO Cavalluz		ALCALDIA O MUNICIPIO San Fco. del Rincon		CIUDAD Y ESTADO Guanajuato	
11) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE 7:00 pm a 7:00 am		12) ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA 10 Meses		13) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE Domingo		14) MATRÍCULA	
16) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE DÍA MES AÑO 22 08 2023		17) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE DÍA MES AÑO HORA 22 08 2023 9:45		15) CENTRO DE ADSCRIPCIÓN LABORAL EN CASO DE SER TRABAJADOR DEL IMSS		CÓDIGO POSTAL 36365	
18) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE							
EN LA EMPRESA <input checked="" type="checkbox"/>		EN UNA COMISIÓN <input type="checkbox"/>		EN TRAYECTO A SU TRABAJO <input type="checkbox"/>		EN TRAYECTO A SU DOMICILIO <input type="checkbox"/>	
TRABAJANDO TIEMPO EXTRA <input type="checkbox"/>							
19) DESCRIPCIÓN PRECISA DE LA FORMA, SITIO O ÁREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (INCLUIR ACLARACIONES Y OBSERVACIONES) Al estar laborando fui atacado con arma de fuego.							
20) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE Lic. Hugo Cesar Romero Rodriguez Director				21) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE DÍA MES AÑO HORA 22 08 2023 9:50 pm			
22) NOMBRE Y CARGO DE LA(S) PERSONA(S) QUE PRESENCIO O PRESENCIARON EL ACCIDENTE							
23) SI LA PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA NO LA PROPORCIONÓ EL IMSS, ANOTAR DÓNDE SE OTORGÓ Y ANEXAR CERTIFICADO O NOTA MÉDICA				24) CUANDO HAYA SIDO NECESARIA LA PARTICIPACION DE ALGUNA AUTORIDAD OFICIAL (MINISTERIO PÚBLICO, POLICIA ESTATAL, FEDERAL, O LOCAL, ETC.), ESPECIFICAR Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA			
25) NOMBRE Y FIRMA DEL PATRÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL C.P. Luz Estela Gomez Alvarez				26) LUGAR Y FECHA San Fco. del Rincon, Gto. 25 de Agosto del 2023.		27) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA DEL PATRÓN)	
DICTAMEN DE CALIFICACIÓN (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS) DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL							
28) DIAGNÓSTICO(S) NOSOLÓGICO(S)							
29) ELEMENTOS MÉDICOS-TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS RELEVANTES QUE APOYAN LA CALIFICACIÓN							
30) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACIÓN: Con base a lo establecido en los artículos 473 y 474 de la Ley Federal del Trabajo y 41 y 42 de la Ley del Seguro Social. Se emite el presente Dictamen de conformidad con los Artículos 19, 22, 23, 25 y 30 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.							
31) EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN: TRABAJO <input type="checkbox"/> TRAYECTO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO:				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
32) NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ ESTE DICTAMEN		33) MATRÍCULA		34) FECHA DE CALIFICACIÓN DÍA MES AÑO		35) UNIDAD MÉDICA Y OOAD HGSMF 7 SN FCO DEL RINCO	
NOTA: SI EL ASEGURADO, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL DEL ASEGURADO NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA CALIFICACIÓN EMITIDA, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A SU RECEPCIÓN, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL ARTÍCULO 6 DEL REGLAMENTO DE RECURSO DE INCONFORMIDAD.							
36) RECIBI DOS TANTOS, UNO PARA EL ASEGURADO Y OTRO PARA ENTREGARLO AL PATRÓN.							
NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO O FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL ASEGURADO						FECHA:	
37) OBSERVACIONES POSTERIORES A LA FECHA DE CALIFICACIÓN DEL INCISO 34.							
38) NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PUESTO DE TRABAJO DEL MÉDICO QUE REALIZA LAS OBSERVACIONES DEL INCISO 37.		39) MATRÍCULA		40) FECHA		41) UNIDAD MÉDICA Y OOAD	

UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA 46220		NIVEL ATENCIÓN 1 2 3		COADUIVIM 11 GTO		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MM 097831		NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADOR 6307691252			
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN JAF 32		CICLO DE ADSCRIPCIÓN GTO		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) Dirección General de Seguridad y Asunto		PUESTO DE TRABAJO Arbitraje Transito y Unidad de Transito		CURP Alvarado Rodríguez Isidro David			
INICIAL []		SUBS []		RECADA []		DIAS AUTORIZADOS (LETRA) Quince		NUMERO 15		A PARTIR DEL 25 08 2023	
RANGO DE SEGURO		RIESGO DE TRABAJO		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		EXPEDIDO EL 29 08 2023	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO []		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS		DIAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD 15		TRANSFERENCIA DE SEMANAS SI [] NO []		NOMBRE Y FIRMA INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL MATRÓNICA C.M.F. No. 71 CORRAL 101 COL. SAN RAFAEL DR. CARLOS A. VARGAS VALERIO OTORRINO LARINGOLOGÍA			
<ul style="list-style-type: none"> 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. 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 esté efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio. Si la empresa le permite al trabajador laborar recordándose 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 inscrito como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", deberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formulario ST-7 y/o ST-8 según corresponda, debidamente llenado. 		NUMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NUMERO		NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MEDICO QUE AUTORIZA Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de los trabajadores desde el Escritorio Virtual http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual/#naciones					

COPIA PATRÓN

4-01

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA 1142#21		NIVEL ATENCIÓN 1 2 3		OCADUMAE 11 GTO		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SER E MM 085688		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 6307991252							
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADOLESCENCIA 52		EDAD DE ADOLESCENCIA 610		NOMBRE DEL(LOS) PATRÓN (PATRONES) Eduardo... Patrona...		PUESTO DE TRABAJO Asesor de...		CURP [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []							
RÉGIMEN DE TRABAJO [] [] []		DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) Veintidós		NÚMERO 26		A PARTIR DEL 29 09 2023		APELLIDOS PATERNO (MATERNO) Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []							
RANGO DE SEGURO		ENFERMEDAD X		MATERNIDAD		CONTROL PRENATAL		DÍA 29		MES 09		AÑO 2023			
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO []		PREPOST		ENLACE		WASS		OTRO		DÍA 29		MES 09		AÑO 2023	
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS								DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD							
• El asegurado o 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 documento. • Si el asegurado regresa 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 matricado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", deberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formulario ST-7 y ST-8, según corresponda, debidamente llenado.								TRANSFERENCIA DE SEMANAS SI [] NO []		NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)		NÚMERO			
								NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA Dra. Gloria Navarro Mtz. NOMBRE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] FIRMA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] MATRÍCULA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []							
								Consulta el estatus e historico de las incapacidades de los trabajadores desde el Escritorio Virtual http://www.imes.gob.mx/derecho/escritorio-virtual#patrones COPIA PATRÓN							

11938

MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO DEL RINCON, GTO.

R.F.C. MSF-850101-MD2

Nombre : 1337 ALMAGUER RODRIGUEZ ISIDRO DAVID

R.F.C. : AARI891030211

Depto. : 45201 SEGURIDAD PUB Y VIALIDAD

Puesto : 1124 AGENTE DE TRANSITO

Dias Trabajados : 14.00

CURP : AARI891030HGTLD509

Periodo del : 04/09/2023

Al : 17/09/2023

Percepciones

1 SALARIO	6,024.49
8 *AYUDA DESPENSA	575.01

Deducciones

1 ISR	556.79
2 IMSS	119.70
59 INFONAVIT	992.82

Total Percepciones 6,024.49

Total Deducciones 1,669.31

PAGADO 4,355.18

MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO DEL RINCON, GTO.

R.F.C. MSF-850101-MD2

Nombre : 1337 ALMAGUER RODRIGUEZ ISIDRO DAVID **RECIBO DE NOMINA**

R.F.C. : AARI891030211

Depto. : 45201 SEGURIDAD PUB Y VIALIDAD

Puesto : 1124 AGENTE DE TRANSITO

Dias Trabajados : 14.00

CURP : AARI891030HGTLD509

Periodo del : 18/09/2023

Al : 01/10/2023

Percepciones

1 SALARIO	6,024.49
8 *AYUDA DESPENSA	575.01

Deducciones

1 ISR	556.79
2 IMSS	119.70
5 INCAPACIDADES	1,500.00
59 INFONAVIT	992.82

Total Percepciones 6,024.49

Total Deducciones 3,169.31

PAGADO 2,855.18

MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO DEL RINCON, GTO.

R.F.C. MSF-850101-MD2

Nombre : 1337 ALMAGUER RODRIGUEZ ISIDRO DAVID

R.F.C. : AARI891030211

Depto. : 45201 SEGURIDAD PUB Y VIALIDAD

Puesto : 1124 AGENTE DE TRANSITO

Dias Trabajados : 14.00

CURP : AARI891030HGTLD509

Periodo del : 02/10/2023

Al : 15/10/2023

Percepciones

1 SALARIO	6,024.49
8 *AYUDA DESPENSA	575.01

Deducciones

1 ISR	556.79
2 IMSS	119.70
5 INCAPACIDADES	2,000.00
59 INFONAVIT	992.82

Total Percepciones 6,024.49

Total Deducciones 3,669.31

PAGADO 2,355.18

MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO DEL RINCON, GTO.

R.F.C. MSF-850101-MD2

Nombre : 1337 ALMAGUER RODRIGUEZ ISIDRO DAVID
R.F.C. : AARI891030211
Depto. : 45201 SEGURIDAD PUB Y VIALIDAD
Puesto : 1124 AGENTE DE TRANSITO

Dias Trabajados : 14.00
CURP : AARI891030HGTLD509
Periodo del : 16/10/2023
Al : 29/10/2023

RECIBO DE NOMINA

Percepciones

1 SALARIO	6,024.49
8 *AYUDA DESPENSA	575.01

Deducciones

1 ISR	556.79
2 IMSS	119.70
5 INCAPACIDADES	1,500.00
59 INFONAVIT	992.82

Total Percepciones 6,024.49

Total Deducciones 3,169.31

PAGADO 2,855.18
