

## Aviso de Privacidad

Seguros SURA S.A. de C.V. conocida como "SURA", con domicilio en Blvd. Adolfo López Mateos No. 2448, Colonia Altavista, C.P. 01060 Ciudad de México, hace del conocimiento a sus Clientes, Proponentes o Solicitantes, Contratantes, Asegurados y Beneficiarios, que sus datos personales serán tratados para evaluar y emitir sus solicitudes de seguro, dar trámite a sus reclamaciones de siniestros, cobrar las primas del seguro, mantener o renovar sus pólizas de seguro, para prevención de fraude u operaciones ilícitas, para estudios estadísticos; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y la normatividad vigente así como las obligaciones existentes entre Usted y SURA. Le informamos que sus datos personales podrán ser tratados para finalidades secundarias como son el ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial.

Nuestro Aviso de Privacidad Integral así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página de Internet [www.segurossura.com.mx](http://www.segurossura.com.mx), a través de comunicados colocados en nuestras oficinas y sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

*"Actúo en nombre y por cuenta propia"*

Firma: MONICA RUIZ Gtz  
 Nombre: Monica Cecilia Ruiz Gutierrez  
 Fecha: 4/04/2023

MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL  
CREDENCIAL PARA VOTAR

CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE  
RUIZ  
GUTIERREZ  
MONICA CECILIA

SEXO M



DOMICILIO  
C NICOLAS ROMERO 110 A  
BARR SAN SEBASTIAN 78340  
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

CLAVE DE ELECTOR RZGTMN95050632M400

CURP  
RUGM950506MZSZTN02

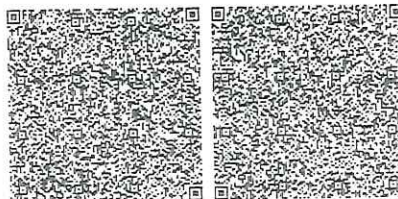
AÑO DE REGISTRO  
2013 01

FECHA DE NACIMIENTO	SECCIÓN
06/05/1995	0994

SECCIÓN  
0994 

VIGENCIA  
2023 - 2033

Monica Ruiz Gtz



the Case

*[Signature]*  
FERNANDO JACOBI FERRER  
TECNOLOGO ELECTRONICO DEL  
INSTITUTO NACIONAL ELECTRA

IDMEX2424579665<<0994095045272  
9505069M3312315MEX<01<<04866<9  
RUIZ<GUTIERREZ<<MONICA<CECILIA

ORGANISMO INTERMUNICIPAL METROPOLITANO DE AGUA POTABLE,  
ALCANTARILLADO, SANEAMIENTO Y SERVICIOS CONEXOS DE LOS  
MUNICIPIOS DE CERRO DE SAN PEDRO, SAN LUIS POTOSÍ, Y  
SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ.

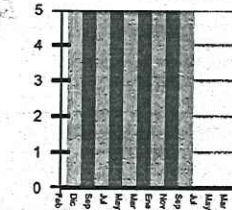
AV. DE LOS PINTORES No. 3, COL. LOS FILTROS C.P. 78210,  
SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. RFC: OIM-960813-E3A

**Nuevo**  
**Interapas**  
**Sí al agua**

**NAVA SILVA JOSE LUIS**  
**NICOLAS ROMERO 110 A**  
**BARRIO SAN SEBASTIAN C.P. 78349**  
**SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.**

**Total a Pagar** \$214.00  
**Pagar antes del** 23/03/2023  
**Contrato** 48279

Consumo del 08/12/2022 al 07/02/2023



Per	Cons
Mar	0
May	0
Jul	0
Sep	5
Nov	5
Ene	5
Mar	5
May	5
Jul	5
Sep	5
Dic	5
Feb	5



POR TU CUMPLIMIENTO DE PAGO DEL PROGRAMA 'CUENTA  
NUEVA Y BORRÓN', MUCHAS GRACIAS

ACTUALIZA TUS DATOS PARA EMISIÓN DE CFDI V4.0. PRESENTA  
CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL O ENVÍALA AL CORREO:  
facturacion@interapas.com

No. de Medidor		Tipo de Cobro
81542		Servicio medido
Tipo de Servicio		Giro
SM DOMESTICO BIMESTRAL		
Estímulo Fiscal	Localización	Promedio M3
	D2R05-118	3.75
Lectura Anterior M3	Lectura Actual M3	Cons. Facturado
0.00	0.00	5.00
Anomalia de Lectura		Se Aplica
		ANTERIOR

Conceptos	Monto
AGUA POTABLE	\$147.25
ALCANTARILLADO	\$25.03
CARGO POR REDONDEO	\$0.14
SANEAMIENTO	\$32.40
SALDO ANTERIOR	\$0.00
RECARGOS	\$0.00
SALDO A FAVOR APLICADO	\$0.00
VARIOS X COBRAR	\$0.00
SUBTOTAL	\$204.82
IMPUESTO AL VALOR AGREGADO	\$9.18
TOTAL	\$214.00

AVISO IMPORTANTE

ARTÍCULO 14. Todos los servicios de agua potable que no sean pagados antes de la fecha de vencimiento, deberán ser suspendidos conforme a lo establecido en la Ley de Aguas para el Estado de San Luis Potosí. La suspensión del servicio, se hará acreedor al cargo por reconexión de acuerdo a las cantidades siguientes.

#### ESTIMADO USUARIO

1.- Si realiza transferencia electrónica (SPE/TEP) favor de confirmar su pago al correo: control\_usuario@interapas.com.  
2.- Si requiere Comprobante Fiscal Original (CFO) este deberá ser solicitado dentro del mes siguiente antes de realizar su pago, favor de confirmar sus datos fiscales y correo electrónico por única ocasión a los teléfonos: 444-811 62 30, 37 y 40 ext. 175 o al correo: facturacion@interapas.com o bien, acudir personalmente a oficina matriz en Av. de los Pintores No. 3, Col. Los Filtros.

\*Para cualquier duda, aclaración, informe o desajuste de las cantidades que cobran en su Estado de cuenta referente al bimestre a mes actual y/o anteriores podrá asistir a las instalaciones del organismo de lunes a viernes de 8:00 horas a 15:00 horas, lo anterior de conformidad con el ARTÍCULO 188 de la Ley de Aguas vigente en el Estado mismo que a su letra dice: ARTÍCULO 188.- Son derechos de los usuarios: VI. Recibir información general sobre los servicios públicos en forma suficientemente detallada, para el ejercicio de sus derechos como usuarios.\*



1000048279400000021400

Referencia pago en bancos: 000482794

**Total a Pagar** \$214.00  
**Pagar antes del** 23/03/2023  
**Contrato** 48279

Folio: FAC-0034484100

FOLIO:

IN 1545722

TALÓN DE CAJA

ORGANISMO INTERMUNICIPAL METROPOLITANO DE AGUA POTABLE, ALCANTARILLADO,  
SANEAMIENTO Y SERVICIOS CONEXOS DE LOS MUNICIPIOS DE CERRO DE SAN PEDRO,  
SAN LUIS POTOSÍ, Y SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ.





# ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

## REGISTRO CIVIL ESTADO DE ZACATECAS

No. DE CONTROL

1487910

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE ZACATECAS Y COMO  
EN EL ESTADO,

OFICIAL

DEL REGISTRO CIVIL

### CERTIFICO:

QUE EN LIBRO No. **UNO** DEL ARCHIVO **GENERAL** DEL REGISTRO CIVIL, EN LA FOJA No. **43**  
SE ENCUENTRA ASENTADA EL ACTA No. **54** LEVANTADA POR EL C. **AGENTE** DEL REGISTRO  
CIVIL **LUIS CARDONA** RESIDENTE EN: **ESPIRITU SANTO, PINOS, ZAC.**  
EN FECHA: **14/08/1995**  
QUE CONTIENE LOS SIGUIENTES DATOS:

### ACTA DE NACIMIENTO

NOMBRE **MONICA CECILIA RUIZ GUTIERREZ**  
NOMBRE(S) **MONICA CECILIA** PRIMER APELLIDO **RUIZ** SEGUNDO APELLIDO **GUTIERREZ**  
FECHA DE NACIMIENTO **06 MAYO 1995** HORA **#X#X#X#**  
DIA **06** MES **MAYO** AÑO **1995**  
PRESENTADO: **VIVO** ☒ **MUERTO** ☐ SEXO: **MASCULINO** ☐ **FEMENINO** ☒  
LUGAR DE NACIMIENTO **PINOS, ZACATECAS.**  
COMPARECIO: **EL PADRE** ☐ **LA MADRE** ☐ **AMBOS** ☒ **PERSONA DISTINTA** ☐ **REGISTRADO** ☒

### PADRES

PADRE **ALBERTO RUIZ VAZQUEZ** EDAD **53** NACIONALIDAD **MEXICANA**  
MADRE **MA. DOLORES GUTIERREZ CANIZALES** EDAD **XX** NACIONALIDAD **MEXICANA**

### ABUELOS

PATERNAL **AQUILINO RUIZ HERNANDEZ** NACIONALIDAD **MEXICANA**  
PATERNAL **MANUELA VAZQUEZ CERDA** NACIONALIDAD **MEXICANA**  
MATERNAL **FRANCISCO GUTIERREZ CARDONA** NACIONALIDAD **MEXICANA**  
MATERNAL **IRINEA CANIZALES CARDONA** NACIONALIDAD **MEXICANA**

### TESTIGOS

NOMBRE **AURELIO CANIZALES RANGEL** EDAD **34** NACIONALIDAD **MEXICANA**  
NOMBRE **MA. GUADALUPE ALVARADO CARDONA** EDAD **29** NACIONALIDAD **MEXICANA**

### PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

No. DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO

C.R.I.P. **320380195010469**

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 22 DEL CODIGO FAMILIAR  
VIGENTE EN EL ESTADO, EN LA CIUDAD DE **PINOS, ZACATECAS**  
A LOS **02** DIAS DEL MES DE **SEPTIEMBRE** DE **1999** DOY FE.  
EL C. **OFICIAL** DEL REGISTRO CIVIL

**AURORA ERNESTINA TORRES M.**

NOMBRE

FIRMA

SELLO OFICIAL





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ  
Registro del Estado Civil



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE SAN LUIS POTOSÍ Y COMO OFICIAL 18 DEL REGISTRO CIVIL DE ESTE  
LUGAR CERTIFICO: SER CIERTO QUE EN EL CUADERNO DE NACIMIENTOS CON FECHA 12 DE AGOSTO DE 2013  
REGISTRO CIVIL QUE ES A MI CARGO EN LA FOJA SE ENCUENTRA ASENTADA EL ACTA NO. 00852 LEVANTADA  
POR LA LIC. MONICA SERRATO SANCHEZ OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL  
EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS

**ACTA CERTIFICADA DE NACIMIENTO**  
**DATOS DEL REGISTRADO**

NOMBRE : KENIA NICOLE DEL CASTILLO RUIZ

FECHA DE NACIMIENTO : 18 DE MAYO DE 2012

LUGAR DE NACIMIENTO : SAN LUIS POTOSI, SAN LUIS POTOSI, SAN LUIS POTOSI

REGISTRADO : VIVO

PRESENTADO POR : AMBOS

HORA : 01:03

SEXO : MUJER

CURP : ----- CRIP : 24028181300852H

**DATOS DE LOS PADRES**

NOMBRE DEL PADRE : PEDRO RAFAEL DEL CASTILLO ARRIAGA

EDAD : 21 AÑOS

NOMBRE DE LA MADRE : MONICA CECILIA RUIZ GUTIERREZ

EDAD : 18 AÑOS

NACIONALIDAD : MEXICANA

NACIONALIDAD : MEXICANA

**DATOS DE LOS ABUELOS**

NOMBRE : MARIO RAFAEL DEL CASTILLO

NOMBRE : YOLANDA ARRIAGA CASTILLO

NOMBRE : ALBERTO RUIZ VAZQUEZ

NOMBRE : MA. DOLORES GUTIERREZ CANIZALES

NACIONALIDAD : MEXICANA

NACIONALIDAD : MEXICANA

NACIONALIDAD : MEXICANA

NACIONALIDAD : MEXICANA

**PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO**

NOMBRE : -----

EDAD : -----

PARENTESCO : -----

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE FUNDAMENTA EN LOS ARTICULOS 21, 29 FRACC. XVII Y 61  
PARRAFO TERCERO DE LA LEY DEL REGISTRO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO.

EN SAN LUIS POTOSI, SAN LUIS POTOSI  
A LOS 13 DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2013

LA C. OFICIAL 18ª. DEL REGISTRO CIVIL DOY FE

  
LIC. MONICA SERRATO SANCHEZ



OFICIALIA DEL  
REGISTRO CIVIL

028-18

SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

OBSERVACIONES : -----

ELABORO: OFIC. 18 FBO  
REVISO: DTG

## RECETA MÉDICA

Nombre: DEL CASTILLO RUIZ KENIA NICOLE

Fecha: 31-1-23

Fecha de Nacimiento: 18-05-2012

POLICONTUNDIDA, TCE, CONTUSION EN CARA, DORSALGIA POSTRAUMATICA

1. ACTRON (IBUPROFENO) TABS 400 MGS 1 CADA 8 HRS POR 5 DIAS Y DESPUES SOLO SI HAY DOLOR
2. SUPRADOLO TABS SL 30 MGS 1/2 TAB CADA 8 HRS SOLOS I HAY DOLOR INTENSO

-CURACIONES CON MICRODACYN SPRAY E ITALDERMOL CREMA  
-HIELO EN CRANEO Y CARA 4 VECES AL DIA POR 5 DIAS /-REPOSO DEPORTIVO  
-CITA SUBSECUENTE EN CASO DE PERSISTIR DOLOR LLAMAR TEL 4448172010

Cédula de Especialidad: 6323199

Cédula Profesional: 4187576

Egresado de: UAEM

S. S. A. SLP101110-2017

JORGE ARMANDO OCHOA RIZO

Nombre y firma del Médico

F/MH-034 03-22-07

Sociedad de Beneficencia Española, A.C.  
Av. Venustiano Carranza No. 1090, Col. Tequisquiapan CP 78250  
Tel. 444 813 40 48 / contacto@labenesanluis.com.mx  
www.labenesanluis.mx



La Bene  
SAN LUIS



Empresa  
Socialmente  
Responsable



**SOCIEDAD DE BENEFICENCIA ESPAÑOLA A.C.**

AV. VENUSTIANO CARRANZA No. 1090

TEQUISQUIAPAN C.P. 78250

SAN LUIS POTOSI, SAN LUIS POTOSI

Lugar de expedición 78250

Tel. (444)8134048

RFC SBE540330520

Régimen fiscal 603 PERSONAS MORALES CON FINES NO LUCRATIV

Factura DB151918

Folio fiscal A3C9DB92-14E9-41AB-B82F-69827C558AE4

Fecha de emisión 2023-01-31T19:50:22

Fecha de certificación 2023-01-31T19:53:40

No. Certificado 00001000000505611376

No. Certificado SAT 00001000000504204971

Tipo de comprobante 1, Ingreso

CFDI versión 3.3

Cliente	DEL CASTILLO RUIZ KENIA NICOLE	Paciente	DEL CASTILLO RUIZ KENIA NICOLE
RFC	XAXX010101000	Cuenta	757969
Uso del CFDI	P01, Por definir	Fecha ingreso	31/Ene/2023 14:49:10
Domicilio	NICOLAS ROMERO No. 110 Int. A JULIAN CARRILLO SAN LUIS POTOSI, SAN LUIS POTOSI	Médico	NAVA CANTU VIANEY ANDREA
Régimen fiscal		Elaboró	GUAJARDO GONZALEZ MARIA SELENE

CFDI Relacionados Tipo de relación 07, CFDI por aplicación de anticipo

Folio	Referencia	Nombre	UUID						
36814	E 757969	DEL CASTILLO RUIZ KENIA NICOLE	CAB06B35-70D3-4821-BA27-CFF46E42BF23						
Clave	Descripción	Cant.	Unidad	Precio unit.	Importe	Descuento	Subtotal	Tasa	Impuestos
5101501	DERECHO DE SALA	1	E48, Unidad de servicio	\$994.25	\$994.25	\$0.00	\$994.25	16%	\$159.08
5101501	MATERIAL MEDICO Y QUIRURGICO	1	E48, Unidad de servicio	\$354.02	\$354.02	\$0.00	\$354.02	16%	\$56.64
5121800	RAYOS X CONVENCIONAL	1	E48, Unidad de servicio	\$2,571.04	\$2,571.04	\$0.00	\$2,571.04	16%	\$411.37
5101501	SERVICIO Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	1	E48, Unidad de servicio	\$326.44	\$326.44	\$0.00	\$326.44	16%	\$52.23
5121800	TOMOGRAFIA	1	E48, Unidad de servicio	\$5,570.57	\$5,570.57	\$0.00	\$5,570.57	16%	\$891.29

Base gravada al 16% 9,816.32

Base gravada al 0% 0.00

Base exenta 0.00

Importe	\$9,816.32
Descuento	\$0.00
Subtotal	\$9,816.32
IVA al 16%	\$1,570.61
Total	\$11,386.93

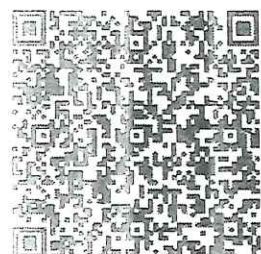
Moneda MXN, Peso mexicano

Total con letra ONCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS 93/100 M.N.

Forma de pago 01, Efectivo

Método de pago PUE, Pago en una sola exhibición

Este documento es una representación impresa de un CFDI



Sello digital del CFDI

vS4B6F38UEPLFEMxwH02FcrPLES37g5yAxtK7WK7G0ia7dfd12Nm/xw/Ng+U4dGW57zh95y9JErT/  
+5JpJGB3DHzPoUQ8v2/iYJu2XlyZKHokDM9FUuDIv8wXEnJ12D+Je57UM1jkZWxoAigluKfy6WMj1fu9CSihjHza1/9crnp45mmOkQOnZfdKlRtKXGmer6h0aMXawau1wHo63rDtoYwEd6clIrTab  
bskOz8B1rzT1iRaHitY3+6LyGzF6hBWDX3A9oMMjWp0IoAmvQhJMUCpPnBK6GNbPzPwqMMVj04mEW+3Or69WwidoJYxw42kGNZKQqnvV5/JtF+Xw==

Sello del SAT

wQ7EYDVx4tSlrnXtCBT6fMfhsbdCjjoRimXRy5NS1J6UUPDoQ04Mi2BQnMq10EiJoOsALKFUiD8063Zb6qjpSyCWh1xvuo6gcxzCZsRtVhBa/LkWzpv1Q65RbKPBAvKagTCqrBCIOYVBFnHo/bk  
EPvJQRNGPhXAY+Rj19oVEDHJ0dB+u7UZ28SSEJ81nmXZkj50IHqsUamRSoCj4pxARdr6XDDvXONFY7E5+mtvUvmjRM1ouWA4RIHASO6jsZtTo+slizmGr+QEZOUBGGm8icHmLnbpU/0LC+  
YV0smvwQ3QDFp7rTnQ1UMmFJ1PfMOGbfH+1Dw98ModSw==

Cadena original del complemento de certificación digital del SAT

||1.1|A3C9DB92-14E9-41AB-B82F-69827C558AE4|2023-01-31T19:53:40|PPD101129EA3|pTwcchD69Hcz/4giO//HXNvA4R6msSL2iHFONaDBrQZaAxcLWmsQyB9o+4DsIkNrDdY5nCREgAl  
U7fqC/P7uETKy0I2nY3H9QgBCj+kbFmUKAhBBuWMEAsmTO/YRZ3HSqtOMCePwyNEwX2wzNoX/dUB2qgiw/Q4YagOkqxxkKx/9KUOOkWwYlw7up6nhiAkkgUZZGgr0+8/  
+k2ISJ+J6AFp8DfZSMoC9INQs7NCx9V/NwzQ19fG7btOGTFSQ9oVfIny8Iold7V1m0E4RYnGNQxsb7IcnQCIEfyC3BOWOFCEdafi+YXPLOHOusIHjHSLj0UqHGTH8935zNRvU5g==|00001000000  
504204971||

**SOCIEDAD DE BENEFICENCIA ESPAÑOLA A.C.**  
**AV. VENUSTIANO CARRANZA No. 1090 TEQUISQUIAPAN SAN LUIS POTOSI**  
**RFC SBE5403305Z0**  
**ESTADO DE CUENTA**

EXPEDIENTE	266063	CUENTA 757969	TIPO EXTERNO	FECHA	31/01/2023	HORA	07:49:41 p. m.
PACIENTE	DEL CASTILLO RUIZ KENIA NICOLE		ADMISIÓN/EGRESO	31/ene/2023 14:49			
DOMICILIO	NICOLAS ROMERO 110 Int. A		ÚLTIMO CUARTO				
CUIDAD	SAN LUIS POTOSI		RESPONSABLE				
ESTADO	SAN LUIS POTOSI		MÉDICO TRATANTE	NAVA CANTU VIANEY ANDREA			
TELÉFONO			TIPO PACIENTE	PARTICULAR			
FECHA NACIMIENTO	18/may/2012	EDAD	10/8 AÑO(S)				
ESTADO DE CUENTA PACIENTE			DIAGNÓSTICO				
PAQUETES			EMPRESA				
FRUGIAS			FACTURAS				

Fecha	Número	Clave	Descripción	Cantidad	Precio	Importe	Urgente
<b>DERECHO DE SALA</b>							
2023/01/31	0	29	SALA DE OBSERVACION URGENCIAS 1 A 6 HORAS	1	\$994.25	\$994.25	
						\$994.25	
<b>MATERIAL MEDICO Y QUIRURGICO</b>							
2023/01/31	585551	0030050036	FLEBOTEK QUIRURGICO CON CLAVE, REF-4001967 MARCA PISA	1 PIEZA	\$257.98	\$257.98	
2023/01/31	585655	0030030003	GASA 7.5 X 5CM CHICA C/5 (PISA) T20 X 12 12 CAPAS, REF-4000662 MARCA PISA	1 PAQUETE	\$28.39	\$28.39	
2023/01/31	585551	0030050024	JELCO 22G, REF-388312 MARCA BD INSYTE	1 PIEZA	\$40.96	\$40.96	
2023/01/31	585551	0030100002	JERINGA 10ML (21X32) DESECHABLE, REF-302558 MARCA BD, C/100	1 PIEZA	\$16.43	\$16.43	
2023/01/31	585551	0030130010	TEGADERM PARCHE 6 X 7CM, REF-1624W MARCA 3M, C/50	1 PIEZA	\$10.26	\$10.26	
						\$354.02	
<b>RAYOS X CONVENCIONAL</b>							
2023/01/31	63592	52	COLUMNA CERVICAL AP Y LAT o DINAMICAS (2 POSICIONES)	1	\$1,285.52	\$1,285.52	
2023/01/31	63592	55	COLUMNA DORSAL AP Y LAT (2 POSICIONES)	1	\$1,285.52	\$1,285.52	
						\$2,571.04	
<b>SERVICIO Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS</b>							
2023/01/31	585551	1040220013	CLORURO DE SODIO AL 0.9% 500ML BAXTER, CAJA C/30	1 BOLSA	\$46.44	\$46.44	
2023/01/31	585551	1040010241	SALPIFAR 500MG/50ML CAJA C/1 FRASCO AMPULA (4039037)	1 FRASCO AMPULA	\$280.00	\$280.00	
						\$326.44	
<b>DMOGRAFIA</b>							
2023/01/31	63592	164	TAC CRANEO SIMPLE	1	\$5,570.57	\$5,570.57	
						\$5,570.57	
<b>EGOS</b>							
2023/01/31	RB6814		ANTICIPO SERVICIO OTORGADO A PACIENTE			\$10,000.00	
						\$10,000.00	



**SOCIEDAD DE BENEFICENCIA ESPAÑOLA A.C.**  
**AV. VENUSTIANO CARRANZA No. 1090 TEQUISQUIAPAN SAN LUIS POTOSI**  
**RFC SBE5403305Z0**  
**ESTADO DE CUENTA**

EXPEDIENTE	266063	CUENTA 757969	TIPO EXTERNO	FECHA 31/01/2023	HORA 07:49:41 p. m.
PACIENTE	DEL CASTILLO RUIZ KENIA NICOLE		ADMISIÓN/EGRESO	31/ene/2023 14:49	
DOMICILIO	NICOLAS ROMERO 110 Int. A		ÚLTIMO CUARTO		
CUIDAD	SAN LUIS POTOSI		RESPONSABLE		
ESTADO	SAN LUIS POTOSI		MÉDICO TRATANTE	NAVA CANTU VIANEY ANDREA	
TELÉFONO			TIPO PACIENTE	PARTICULAR	
FECHA NACIMIENTO	18/may/2012	EDAD 10/8 AÑO(S)	DIAGNÓSTICO		
ESTADO DE CUENTA PACIENTE			EMPRESA		
PAQUETES			FACTURAS		
FRUGIAS					

Fecha	Número	Clave	Descripción	Cantidad	Precio	Importe	Urgente
-------	--------	-------	-------------	----------	--------	---------	---------

Observaciones				Cargos fuera paquete		\$9,816.32	
				Total paquetes		\$0.00	
				Otros conceptos		\$0.00	
				Descuento		\$0.00	
				<b>Subtotal</b>		<b>\$9,816.32</b>	
				IVA		\$1,570.61	
				<b>Total cuenta</b>		<b>\$11,386.93</b>	
				Pago		\$10,000.00	
				Retención		\$0.00	
				Facturado		\$0.00	
				<b>TOTAL A PAGAR</b>		<b>\$1,386.93</b>	

**EL PRESENTE ESTADO DE CUENTA NO INCLUYE HONORARIOS MÉDICOS.**

Beneficios Protección contigo							PRECIO POR 4 MESES
TITULAR + PAREJA + HIJOS	TITULAR	TITULAR	PAREJA	TITULAR	TITULAR	TITULAR + HIJOS	\$286.00 pesos
\$10,000 pesos  en caso de fallecimiento por cualquier causa <sup>1</sup>	\$10,000 pesos  adicionales en caso de fallecimiento accidental <sup>2</sup>	\$25,000 pesos  en caso de diagnóstico positivo de cáncer <sup>3</sup>	\$15,000 pesos  en caso de diagnóstico positivo de cáncer <sup>3</sup>	\$200 pesos por cada día hospitalizado del titular en caso de enfermedad o accidente <sup>4</sup>	Cuidado de la mujer  1 examen de laboratorio por Ciclo a elegir entre las opciones <sup>5</sup>	hasta \$5,000 pesos  Reembolso de Gastos Médicos por Accidente <sup>6</sup>	
TITULAR + PAREJA + HIJO (S)							
Servicio Funerario Básico Ataúd estándar + Traslado del cuerpo hasta 30 km+ Carroza fúnebre + Sala de Velación + Arreglo del cuerpo + Embalsamamiento + Asesoría telefónica para trámites legales + Cremación/Urna + Trámite del certificado de defunción <sup>7</sup>							

<sup>1</sup> No se cubre suicidio o tentativa de suicidio. No cubre homicidio causado por el beneficiario. En caso de no contar con este documento, se requiere juicio sucesorio o juicio de intestado. Edad de aceptación titular: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. Edad de aceptación pareja 18 a 74 años con cancelación a los 75 años cumplidos. Edad de aceptación hijo(s): 0 a 24 años con cancelación a los 25 años cumplidos, siempre y cuando sean solteros y dependientes económicos del titular asegurado. <sup>2</sup> Presentando acta de averiguación previa emitida por el Ministerio Público. Edad de aceptación: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. <sup>3</sup> Se cubre primer diagnóstico positivo de cáncer femenino (cáncer de mama y cervicouterino), cáncer masculino (cáncer de próstata, testículos y pulmón) y cáncer in situ femenino (cáncer de mama y cervicouterino), cáncer in situ masculino (cáncer de próstata, testículos y pulmón). No se cubren preexistencias, ni otro tipo de cáncer. Se considera diagnóstico positivo la fecha en la que se realiza el primer examen que determina la enfermedad o el primer diagnóstico de un médico especialista, el que ocurre primero. Edad de aceptación titular: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. Edad de aceptación pareja 18 a 74 años con cancelación a los 75 años cumplidos. <sup>4</sup> Edad de aceptación titular: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos, no se cubren preexistencias, no aplica maternidad, ni complicaciones del embarazo, ni sida. Se considera hospitalización más de 24 horas y se pagan máximo 30 días naturales. No cubre atenciones ambulatorias. <sup>5</sup> Edad de aceptación titular: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. Es necesario realizar la llamada al 800 8378760 para coordinar el servicio requerido. En caso del que el titular sea hombre, se trasladará el beneficio a la pareja. Entre los estudios a elegir se encuentran: Colposcopia, Perfil hormonal, Química sanguínea de 27 elementos, Biometría hemática y Mastografía (a partir de los 40 años cumplidos) ó Ultrasonido mamario, para menores de 40 años de edad. El servicio de laboratorios será brindado por Don Juan Assist Sociedad Anónima de Capital Variable, Raúl Coka Barriga Agente de Seguros SA de CV se deslinda de toda responsabilidad, al no comercializar ni brindar el servicio de laboratorios a los clientes de Financiera Contigo SA de CV SOFOM ENR. En caso de quejas o reclamaciones sobre los laboratorios, el cliente deberá dirigirse a Don Juan Assist Sociedad Anónima de Capital Variable. <sup>6</sup> Edad de aceptación titular: 18 a 74 años con cancelación a los 75 años cumplidos Edad de aceptación hijo(s): 0 a 24 años con cancelación a los 25 años cumplidos, siempre y cuando sean solteros y dependientes económicos del titular asegurado. Se requiere facturar los servicios médicos recibidos y presentar recetas, estudios e imágenes del servicio. <sup>7</sup> Solo se otorgará la asistencia funeraria a aquel asegurado donde se refleje su contratación en la última Solicitud de Crédito Grupal firmada de Financiera Contigo. Para solicitar la asistencia es necesario llamar al 800 8378760 para realizar la gestión de la asistencia funeraria al momento del fallecimiento del titular, pareja o hijo(s). No aplica en ningún caso reembolso del servicio funerario, ni en caso de contratación directa de funeraria que no se encuentre en convenio. Aplican mismos términos, condiciones y restricciones de condiciones generales de las pólizas de seguro y contratos de servicios.

## CONSENTIMIENTO DEL SEGURO

Otorgo mi consentimiento para formar parte del seguro colectivo de vida grupo y vida deudores y contratos de servicios, contratado a través de CEGE CAPITAL SAPI de CV SOFOM ENR (Financiera Contigo) en mi nombre y para tal efecto proporciono la siguiente información, confirmando por este documento que otorgo mi aceptación de que la empresa antes indicada sea mi beneficiario preferente:

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR:	Mónica Cecilia Ruiz Gutiérrez	FECHA NACIMIENTO:	06/05/1995
NOMBRE COMPLETO DE LA PAREJA:	Pedro Rafael del Castillo Amaga	FECHA NACIMIENTO:	17/10/1991
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 1:	Kenia Nicole del Castillo Ruiz	FECHA NACIMIENTO:	18/05/2012
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 2:	Renato Elizabeth García Ruiz	FECHA NACIMIENTO:	02/12/2018
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 3:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 4:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 5:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 6:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 7:		FECHA NACIMIENTO:	

### DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	%
Pedro Rafael del Castillo Amaga	esposo	17/10/1991	100
			100%

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios designados a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada.

Firma del Cliente: Mónica Ruiz Ortiz

Fecha: 15/10/2022

Certifico que los datos que aparecen en la presente concuerdan con los que obran en nuestro poder.



ESTADO

Son Luis Potosí

DELEGACIÓN

Son Luis Potosí

ASIGNACIÓN

Box

FECHA 31 07 23

DÍA MES AÑO

DÍA DE LA SEMANA Martes

CRONOMETRÍA				
HORA LLAMADA	HORA DESPACHO	HORA ARRIBO	HORA TRASLADO	HORA HOSPITAL

MOTIVO DE LA ATENCIÓN:

1	ENFERMEDAD	2	TRAUMATISMO	3	GINECOOBSTÉTRICO
4	TRASLADO	5	SERV. ESPECIAL		

UBICACIÓN DEL SERVICIO:

CALLE: Nicolás Romero

ENTRE: España y Cuernavaca

COLONIA/ COMUNIDAD: Julián Camillo

ALCALDÍA/ MUNICIPIO: Son Luis Potosí

LUGAR DE OCURRENCIA:

hogar ☐ vía pública ☒ trabajo ☐ escuela ☐ recreación y deporte ☐

TRANSPORTE PÚBLICO ☐ OTRA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE AMBULANCIA

SLP 1167

OPERADOR:

Edith Díaz

PRESTADORES DEL SERVICIO: Steven Rodríguez

HELICOPTERO MATRÍCULA:

NOMBRE O MEDIA FILIACIÓN:

Nicole del Castillo Ruiz

GÉNERO:

MASC. ☐

FEM. ☐

OTRO ☐

EDAD:

7

AÑOS

MESES

DOMICILIO:

Nicolás Romero

COLONIA/ COMUNIDAD:

Centenario

ALCALDÍA/ MUNICIPIO:

Son Luis Potosí

TÉLFONO:

Ocupación: Estudiante

DIRECCIÓN HABIENTE A:

NDH

COMPañía SEGURO GASTOS MÉDICOS:

AGENTE CAUSAL

1	ARMA	11	MAQUINARIA	21	ELECTRICIDAD
2	JUJUETE	12	HERRAMIENTA	22	EXPLOSIÓN
3	AUTOMOTOR	13	FUEGO	23	SER HUMANO
4	BICICLETA/SCOOTER	14	SUSTANCIA/OBJETO CALIENTE	24	ANIMAL
5	PRODUCTO BIOLÓGICO/QUÍMICO	15	SUSTANCIA TOXICA	25	OTRO

ESPECIFIQUE:

Caída de persona

LESIONES CAUSADAS POR:

ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS

COLISIÓN ☐ VOLCADURA ☐

MOTOCICLETA ☐ AUTOMOTOR ☐ BICICLETA ☐ MAQUINARIA ☐

SOBRE LA COLISIÓN

CONTRA OBJETO: FIJO ☐ EN MOVIMIENTO ☐

IMPACTO: FRONTAL ☐ LATERAL ☐ POSTERIOR ☐

HUNDIMIENTO: PARABRISAS: ÍNTEGRO ☐ ROTO/DOBLADO ☐

VOLANTE: ÍNTEGRO ☐ DOBLADO ☐

BOLSA DE AIRE: SÍ ☐ NO ☐

CINTURÓN DE SEGURIDAD: COLOCADO ☐ NO COLOCADO ☐

DENTRO DEL VEHÍCULO: SI ☐ NO ☐ EYECTADO ☐ PRENSADO ☐

ATROPELLADO

MOTOCICLETA ☐ AUTOMOTOR ☐ BICICLETA ☐ MAQUINARIA ☐

ORIGEN PROBABLE:

1	NEUROLÓGICA	11	DIGESTIVA	21	MÚSCULO ESQUELÉTICO
2	CARDIOVASCULAR	12	UROGENITAL	22	INFECIOSA
3	RESPIRATORIO	13	GINECO-OBSTÉTRICA	23	ONCOLÓGICO
4	METABÓLICO	14	COGNITIVO/EMOCIONAL	24	OTRO

ESPECIFIQUE:

1ª VEZ: SUBSECUENTE:

DATOS DE LA MADRE:

GESTACIÓN: GEMELAR ☐ ÚNICA ☐

SEMANAS DE GESTACIÓN: FECHA PROBABLE DE PARTO:

MEMBRANA: EMBRION:

HORA DE INICIO DE CONTRACCIONES: FRECUENCIA: DURACIÓN:

DATOS POST-PARTO:

HORA DE NACIMIENTO: LUGAR:

PLACENTA EXPULSADA:

DATOS DEL RECIÉN NACIDO:

PRODUCTO: 1 VIVO 2 MUERTO GÉNERO: 1 MASC 2 FEM

APGAR: 1 MIN 2 MIN

VIII EVALUACIÓN INICIAL

IX EVALUACIÓN SECUNDARIA

X TRATAMIENTO

NIVEL DE CONSCIENCIA:

1	ALERTA
2	RESPUESTA A ESTÍMULO VERBAL
3	RESPUESTA A ESTÍMULO DOLOROSO
4	INCONSCIENTE

VÍA AÉREA:

1	PERMEABLE
2	COMPROMETIDA

REFLEJO DE DEGLUCIÓN:

1	AUSENTE
2	PRESENTE

VENTILACIÓN:

1	OBSERVACIÓN
2	AUTOMATISMO REGULAR
3	AUTOMATISMO IRREGULAR
4	VENTILACIÓN RÁPIDA
5	VENTILACIÓN SUPERFICIAL
6	APNEA

AUSCULTACIÓN:

1	RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES
2	RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS
3	RUIDOS RESPIRATORIOS AUSENTES
4	ESTERTORES/ SIBILANCIAS

HEMITORAX:

1	DERECHO
2	IZQUIERDO

SITO:

1	APICAL
2	BASE

CIRCULACIÓN:

1	PRESENCIA DE PULSOS
2	CAROTÍDEO
3	RADIAL
4	PARO CARDIORESPIRATORIO

CAUDAL:

1	NORMAL
2	RÁPIDO
3	LENTO
4	RÍTMICO
5	ARRÍTMICO

PIEL:

1	NORMAL
2	PÁLIDA
3	CIANÓTICA

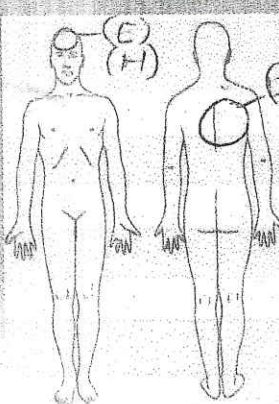
CARACTERÍSTICAS:

1	NORMAL
2	CALIENTE
3	FRIÁ
4	DIAFORESIS

EXPLORACIÓN FÍSICA

1	DEFORMIDADES (D)
2	CONTUSIONES (CD)
3	ABRASIONES (A)
4	PENETRACIONES (P)
5	MOVIMIENTO PARADOJICO (MP)
6	CREPITACIÓN (C)
7	HERIDAS (H)
8	FRACATURAS (F)
9	EMFISMA SUBCUTÁNEO (ES)
10	QUEMADURAS (Q)
11	LACERACIONES (L)
12	EDEMA (E)
13	ALTERACIÓN DE SENSIBILIDAD (AS)
14	ALTERACIÓN DE MOVILIDAD (AM)
15	DOLOR (DO)
16	AMPUTACIÓN (AP)

ZONAS DE LESIÓN:



PUPILAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SIGNOS VITALES Y MONITOREO

HORA	FR	FC	TAS	TAD	SpO2	TEMP	GLUC	GLASSOW	TRAUMA SCORE	EKG
23	114	110	65	96	7	7	15	R		

INTERROGATORIO

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ ATENDIDO POR PRIMER RESPONDIENTE: SÍ ☐ NO ☐

MEDICAMENTOS QUE ESTÁ INGERIENDO: \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES Y CIRUGÍAS PREVIAS: \_\_\_\_\_

HORA DE ÚLTIMA COMIDA: \_\_\_\_\_

EVENTOS PREVIOS RELACIONADOS: \_\_\_\_\_

CONDICIÓN DE PACIENTE

1	CRÍTICO
2	NO CRÍTICO
3	INESTABLE
4	ESTABLE

PRIORIDAD

1	ROJO
2	AMARILLO
3	VERDE
4	NEGRO

VÍA AÉREA:

1	ASPIRACIÓN
2	CANULA OROFARÍNGEA
3	CANULA NASOFARÍNGEA
4	INTUBACIÓN OROTRAQUEAL
5	INTUBACIÓN NASOTRAQUEAL
6	MANUAL
7	MASCARILLA LARÍNGEA
8	CRICOTIROTOMÍA POR INCISIÓN

CONTROL CERVICAL:

1	MANUAL
2	COLLARÍN RÍGIDO
3	COLLARÍN BLANDO

ASISTENCIA VENTILATORIA:

1	BALÓN VALVULA-MASCARILLA
2	VALVULA DE DEMANDA
3	VENTILADOR AUTOMÁTICO
4	FREC. VOL.
5	LTS X MIN.
6	HIPERVENTILACIÓN
7	DESCOMPRESIÓN PLEURAL CON AGUJA
8	HEMITORAX DERECHO
9	HEMITORAX IZQUIERDO

CONTROL DE HEMORRAGIAS:

1	PRESIÓN DIRECTA
2	TORNIQUETE
3	EMPAQUETAMIENTO
4	VENDAJE COMPRESIVO

VÍAS VENOSAS:

1	LINEAL#
2	CATÉTER#

SITO DE APLICACIÓN:

1	MANO
2	PLIEGUE ANTECUBITAL
3	INTRAÓSEA
4	OTRA

TIPO DE SOLUCIONES:

1	HARTMANN
2	NaCl 0.9%
3	MIXTA
4	GLUCOSA 5%
5	OTRA

CANTIDAD:

MANEJO FARMACOLÓGICO Y TERAPIA ELÉCTRICA

HORA	MEDICAMENTO	DOSES	VÍA ADMINISTRACIÓN	TERAPIA ELÉCTRICA

1	RCP BÁSICA
2	RCP AVANZADA

3	INMOVILIZACIÓN DE EXTREMIDADES
4	EMPAQUETAMIENTO

5	CURACIÓN
6	VENDAJE



