



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, 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: Mónica Ruiz Gómez

Nombre: Mónica Cecilia Ruiz Gutiérrez

Fecha: 4/04/2023



MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
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

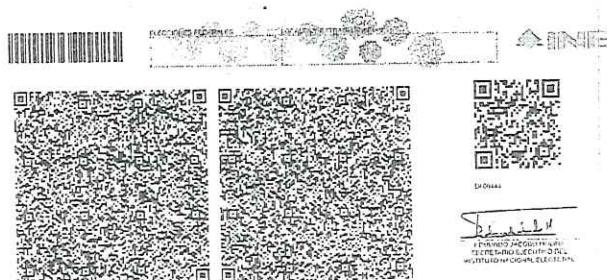
CURP RUGM950506MzsZTN02

AÑO DE REGISTRO
2013 01

FECHA DE NACIMIENTO 06/05/1995

SECCIÓN 0994 VIGENCIA
2023 - 2033

Monica Ruiz Gtz



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.

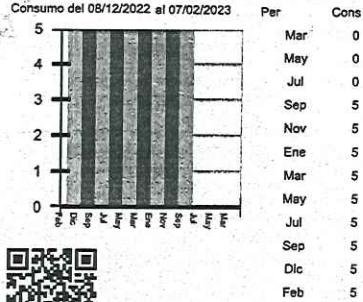
AV. DE LOS PINTORES No. 3, COL. LOS FILTROS C.P. 782110,
SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. RFC: OIM-960913-E9A



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

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
0.00	5.00
Anomalia de Lectura	Se Aplica
	ANTERIOR



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

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
IMUESTO AL VALOR AGREGADO	\$9.68
TOTAL	\$214.00

AVISOS IMPORTANTE

ARTICULO 14. Todos los servicios de agua potable que no sean pagados antes o en la fecha de vencimiento, deberán ser suspendidos conforme a lo establecido en el Artículo 170 de la Ley de Aguas para el Estado de San Luis Potosí (\$214.00). Una vez que se regularice su pago, y se les deberá cobrar la cuota de reconexión, con independencia de que se haya realizado o no la suspensión del servicio, se hará acreedor al cargo por reconexión de acuerdo a las cantidades siguientes:

ESTIMADO USUARIO

- 1.- Si realiza transferencia electrónica (SPEI/TEF), favor de confirmar su pago al correo control_linguisa@interapas.com
- 2.- Si requiere Comprobante Fiscal Digital (CFD), este deberá ser solicitado dentro del mismo mes, antes de realizar su pago, favor de confirmar sus datos fiscales y correo electrónico por única vez a los teléfonos: 444 811 62 30, 37 y 40 ext. 176 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 despiece de las cantidades que cobran en su estado de cuenta referente al mismo o mes actual y/o anteriores podrá asistir a las instalaciones de Oficinas de Unas a Viones de 6:00 hora a 15:00 horas y de acuerdo con lo establecido en el ARTICULO 188 de la Ley de Aguas vigente en el Estado, mismo que a su letra dice: ARTICULO 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 usuario.



100048279400000021400

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

C E R T I F I C O :

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)		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
FECHA DE NACIMIENTO	06 DIA	MAYO MES	1995 AÑO
PRESENTADO:	VIVO <input checked="" type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	SEXO: MASCULINO <input type="checkbox"/>	FEMENINO <input checked="" type="checkbox"/>
LUGAR DE NACIMIENTO	PINOS, ZACATECAS.		
COMPARAECIO:	EL PADRE <input type="checkbox"/> LA MADRE <input type="checkbox"/> AMBOS <input checked="" type="checkbox"/> PERSONA DISTINTA <input type="checkbox"/>	REGISTRADO <input checked="" type="checkbox"/>	

PADRES

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

ABUELOS

PATERNO AQUILINO RUIZ HERNANDEZ	NACIONALIDAD MEXICANA
PATERNA MANUELA VAZQUEZ CERDA	NACIONALIDAD MEXICANA
MATERNO FRANCISCO GUTIERREZ CARDONA	NACIONALIDAD MEXICANA
MATERNA 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

A LOS **02 DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE** DE **1999** DOY FE.
EL C. **OFICIAL** DEL REGISTRO CIVIL

AURORA ERNESTINA TORRES M.

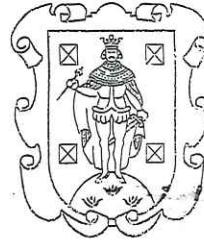
NOMBRE

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 SÁNCHEZ 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 POTOSÍ, SAN LUIS POTOSÍ, SAN LUIS POTOSÍ

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

NACIONALIDAD : MEXICANA

NOMBRE : YOLANDA ARRIAGA CASTILLO

NACIONALIDAD : MEXICANA

NOMBRE : ALBERTO RUIZ VAZQUEZ

NACIONALIDAD : MEXICANA

NOMBRE : MA. DOLORES GUTIERREZ CANIZALES

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

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

LIC. MONICA SERRATO SÁNCHEZ



OFICIALIA DEL
REGISTRO CIVIL
028-18
SAN LUIS POTOSÍ, SLP

OBSERVACIONES : -----

ELABORÓ: OFIC. 18 FBO
REVISÓ: DTG

100 1270 100

RECETA MÉDICANombre: DEL CASTILLO RUIZ KENIA NICOLEFecha: 31-1-23Fecha de Nacimiento: 18-05-2012

POLICONTUNDIDA, TCE, CONTUSIÓN EN CARA, DORSALGIA POSTRAUMATICA

1. ACTRON (IBUPROFENO) TABS 400 MGS 1 CADA 8 HRS POR 5 DIAS Y DESPUES SOLO SI HAY DOLOR
2. SUPRADOL TABS SL 30 MGS 1/2 TAB CADA 8 HRS SOLOS SI 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: 6323199Cédula Profesional: 4187576Egresado de: UAEMS. S. A. SLP101110-2017JORGE ARMANDO OCHOA RIZO

Nombre y firma del Médico



FMH-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





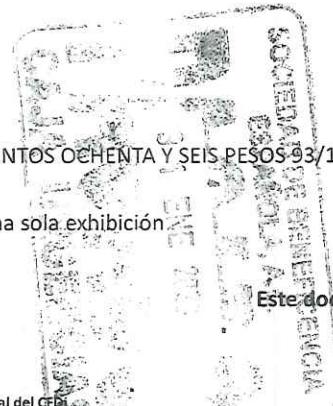
SOCIEDAD DE BENEFICENCIA ESPAÑOLA A.C.
AV. VENUSTIANO CARRANZA No. 1090
TEQUISQUIAPAN C.P. 78250
SAN LUIS POTOSI, SAN LUIS POTOSI
Lugar de expedición 78250
Tel. (444)8134048
RFC SBE5403305Z0
Régimen fiscal 603 PERSONAS MORALES CON FINES NO LUCRATIV

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 I, Ingreso
CFDI versión 3.3

Ciente	DEL CASTILLO RUIZ KENIA NICOLE	Paciente	DEL CASTILLO RUIZ KENIA NICOLE
RFIC	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					
136814	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						Importe	\$9,816.32
Base exenta	0.00						Descuento	\$0.00
							Subtotal	\$9,816.32
							IVA al 16%	\$1,570.61
							Total	\$11,386.93



Este documento es una representación impresa de un CFDI

Sello digital del CFDI

```
v5486F38JEPfEMxw/H02fcrPLEs37g5yAxtK7WK/G0ia7fd12Nm/xw/Ng+U4dGW57zH9y9ErT/+5jpjGB3DHhzPdUQzQv2/yju2XlyZKhokDM9FUublrv8wxEu12D+je57Um1jkZWxoAigluKfy6WMj1fu9CSlhjHza1/9crnp45mmOkqONzfdkLrTkXGmer6h0aMxawau1wHo63rDtoYwEd6clTrAbbskOzB8BirzT1RaHitY3+6LyGzZF6hBW/DX3A9oMMjWp0l0MAvmQhJMUCpPnBK6GNbPzPWqMMVj04mEW+3Or69WwlodjYxw42kGNZKQqnvVs/JtF+xw==
```

Sello del SAT

```
wQ7EVdVx4tSlrnXtCBT6fMFhsbdCjjoRimXry5NS1J6UUUpDoQ04MI2BQnMqj0EjjoOsALKFUiuD80b3zb6qjpSyCWh1xvu06gcxzCzsxRtVhBa/LkWzpv1Q65RbKPBAbvKagTCqrBCl0YVIBFnHo/bkEPvJQRNGPhXAy+RjI9oVEDhJ0d8+u7UZ28SSEJB1nmX2kj50iHHqsUamRSoCj4pxArdrtr6XDdvXONYFV7E5+mtvUvnjmR1ouWA4RIHAsO6jsZtTo+sizmGr+QEZOpuUBGGm8lcHmLNbpU/0LC+YV0smvwQ3QDFp7rTnQ1UMmF1PfMOGbFH+1Dw98ModSw==
```

Cadena original del complemento de certificación digital del SAT

```
||1.1|A3C9DB92-14E9-41AB-B82F-69827C558AE4|2023-01-31T19:53:40|PPD101129EA3|pTwcchD69Hz/4giO//HXNvA4R6msSl2iHFOnaDBrQ2aAxclLWMsQy9o+4DsIkNrDdY5nCREgAIU7fqC/P7ETKQyb0lZnY3H9QgBcj+kbfMUKAhBbuWMEAsmTO/YRZ3HSqtOMCePwyNEwXzwzNo/dUB2aqiw/Q4YAg0kqxxkXz9KUOKWwYlw7up6nhAkxgU2zGgr0+8/+k2ISi+j6AFP8DfZSMoCx9INQs7NCx9V/NwzQ19fG7btOGTSQ9oVfnY8l0ld7V1m0E4RYnGNQxsbi7cnQCIEfyc3B0WOFCEdafi+YXPLOHOuslHjhHSlj0UqHGT8935zNRvUs5g==|000010000000504204971||
```

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.
ACIENTE	DEL CASTILLO RUIZ KENIA NICOLE		ADMISIÓN/EGRESO	31/ene/2023 14:49	
DOMICILIO	NICOLAS ROMERO 110 Int. A		ÚLTIMO CUARTO		
CIUDAD	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		
AQUETES			FACTURAS		
TRIGRIAS					

Fecha	Número	Clave	Descripción	Cantidad	Precio	Importe	Urgente
ERECIÓN DE SALA							
2023/01/31	0	29	SALA DE OBSERVACION URGENCIAS 1 A 6 HORAS	1	\$994.25	\$994.25	
						\$994.25	
MATERIAL MEDICO Y QUIRURGICO							
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/S (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	
ARTENOS X CONVENCIONAL							
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	
SERVICIO Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS							
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	
DIAGNOSTICO							
2023/01/31	63592	164	TAC CRANEO SIMPLE	1	\$5,570.57	\$5,570.57	
						\$5,570.57	
EGOS							
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

XPEDIENTE	266063	CUENTA	757969	TIPO EXTERNO	FECHA	31/01/2023	HORA	07:49:41 p. m.
ACIENTE	DEL CASTILLO RUIZ KENIA NICOLE			ADMISIÓN/EGRESO	31/ene/2023	14:49		
DOMICILIO	NICOLAS ROMERO 110 Int. A			ÚLTIMO CUARTO				
CIUDAD	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				
AQUETES				FACTURAS				
IRUGIAS								

Fecha	Número	Clave	Descripción	Cantidad	Precio	Importe	Urgente
Observaciones					Cargos fuera paquete	\$9,816.32	
EL PRESENTE ESTADO DE CUENTA NO INCLUYE HONORARIOS MÉDICOS.							
					Total paquetes	\$0.00	
					Otros conceptos	\$0.00	
					Descuento	\$0.00	
					Subtotal	\$9,816.32	
					IVA	\$1,570.61	
					Total cuenta	\$11,386.93	
					Pago	\$10,000.00	
					Retención	\$0.00	
					Facturado	\$0.00	
					TOTAL A PAGAR	\$1,386.93	

Beneficios Protección contigo							PRECIO POR 4 MESES
TITULAR + PAREJA + HIJOS	TITULAR	TITULAR	PAREJA	TITULAR	TITULAR	TITULAR + HIJOS	
\$10,000 pesos en caso de fallecimiento por cualquier causa ¹	\$10,000 pesos adicionales en caso de fallecimiento accidental ²	\$25,000 pesos en caso de diagnóstico positivo de cáncer ³	\$15,000 pesos en caso de diagnóstico positivo de cáncer ³	\$200 pesos por cada día hospitalizado del titular en caso de enfermedad o accidente ⁴	Cuidado de la mujer 1 examen de laboratorio por Ciclo a elegir entre las opciones ⁵	hasta \$5,000 pesos Reembolso de Gastos Médicos por Accidente ⁶	
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 ⁷							

¹ 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. ² Presentando acta de averiguación 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. ⁴ 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. ⁵ 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 de 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. ⁶ 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. ⁷ 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 Amiaga	FECHA NACIMIENTO:	17/10/1991
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 1:	Kenia Nicole del Castillo Pérez	FECHA NACIMIENTO:	18/05/2012
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 2:	Renato Elizabeth García Ruz	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 Amiaga	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 Ruz

Fecha: 15/10/2022

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

ESTADO

San Luis Potosí

DELEGACIÓN San Luis Potosí

ASIGNACIÓN

BOP

FECHA 31/07/23
DÍA MES AÑO

DÍA DE LA SEMANA Martes

CRONOMETRÍA					
HORA LLAMADA	HORA DESPACHO	HORA ARRIBO	HORA TRASLADO	HORA HOSPITAL	HORA DISPONIBLE

MOTIVO DE LA ATENCIÓN:	1 ENFERMEDAD	TRAUMATISMO	GINECOOBSTÉTRICO
	2 TRASLADO	3 SERV. ESPECIAL	

UBICACIÓN DEL SERVICIO:
CALLE: NicaraguaENTRE: Francisco I. MaderoCOLONIA/ COMUNIDAD: Julián CarrilloALCALDÍA/ MUNICIPIO: San Luis Potosí

LUGAR DE OCURRENCIA:

hogar VÍA PÚBLICA TRABAJO ESCUELA RECREACIÓN Y DEPORTE TRANSPORTE PÚBLICO OTRA: NÚMERO DE AMBULANCIA: SUP 167OPERADOR: FCM DíazPRESTADORES DEL SERVICIO: Spoken RodríguezHELICOPTERO MATRÍCULA: NOMBRE: Nicole del Castillo Ruiz
MEDIA FILIACIÓN:GENERO: MASC FEM OTRO EDAD: 10 AÑOS MESESDOMICILIO: Nicaragua PomeroCOLONIA/ COMUNIDAD: CentenarioALCALDÍA/ MUNICIPIO: San Luis PotosíTELÉFONO: - OCUPACIÓN: EstudianteDERECHO HABIENTE: NDH

COMPANIA SEGURO GASTOS MÉDICOS:

AGENTE CAUSAL

ARMA	MAQUINARIA	ELECTRICIDAD
JUGUETE	HERRAMIENTA	EXPLOSIÓN
AUTOMOTOR	FUEGO	SER HUMANO
BICICLETA/SCOOTER	SUSTANCIA/OBJETO CALIENTE	ANIMAL
PRODUCTO BIOLÓGICO/QUÍMICO	SUSTANCIA TOXICA	OTRO

ESPECIFICA: Llamada de personaLESIONES CAUSADAS POR: Colisión

ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS

COLISIÓN <input type="checkbox"/>	VOLCADURA <input type="checkbox"/>
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>	AUTOMOTOR <input type="checkbox"/>

SOBRE LA COLISIÓN

CONTRA OBJETO: FIJO <input type="checkbox"/>	EN MOVIMIENTO: <input type="checkbox"/>	IMPACTO: FRONTAL <input type="checkbox"/>	LATERAL <input type="checkbox"/>	POSTERIOR <input type="checkbox"/>
HUNDIMIENTO: CMS.	PARABRISAS: INTEGRITO / ROTO / DOBLADO	VOLANTE: INTEGRITO <input type="checkbox"/>	BOLSA DE AIRE: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CINTURÓN DE SEGURIDAD: COLOCADO <input type="checkbox"/>	NO COLOCADO <input type="checkbox"/>	DENTRO DEL VEHICULO: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	EYECTADO <input type="checkbox"/>

ATROPELLADO

MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>	AUTOMOTOR <input type="checkbox"/>	BICICLETA <input type="checkbox"/>	MAQUINARIA <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

ORIGEN PROBABLE:

NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/>	DIGESTIVA <input type="checkbox"/>	MÚSCULO ESQUELÉTICO <input type="checkbox"/>
CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/>	UROGENITAL <input type="checkbox"/>	INFECCIOSA <input type="checkbox"/>
RESPIRATORIO <input type="checkbox"/>	GINECO-OBSTÉTRICA <input type="checkbox"/>	ONCOLÓGICO <input type="checkbox"/>
METABÓLICO <input type="checkbox"/>	COGNITIVO/ EMOCIONAL <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>

ESPECIFICA:

1ª VEZ: SUBSECUENTE:

DATOS DE LA MADRE:

GESTA: CESÁREA: PARA: ABORTO:

SEMANAS DE GESTACIÓN: FECHA PROBABLE DE PARTO:

MEMBRANA: ELIMINADA:

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 5 MIN.

REGISTRO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

DELEGACIÓN San Luis Potosí

ASIGNACIÓN

BOP

REFLEJO DE DEGLUCIÓN:

1 AUSENTES

2 PRESENTE

NIVEL DE CONSCIENCIA:

ALERTA	PERMEABLE
RESPUESTA A ESTIMULO VERBAL	COMPROMETIDA
RESPUESTA A ESTIMULO DOLOROSO	
INCONSCIENTE	

VIA AÉREA:

1 PERMEABLE	1 AUSENTES
2 COMPROMETIDA	2 PRESENTE

REFLEJO DE DEGLUCIÓN:

1 AUSENTES

2 PRESENTE

VIII EVALUACIÓN INICIAL

VENTILACIÓN:

1 AUTOMATISMO REGULAR	1 RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES
2 AUTOMATISMO IRREGULAR	2 RUIDOS RESPIRATORIOS DISMINUIDOS
3 VENTILACIÓN RÁPIDA	3 RUIDOS RESPIRATORIOS ABSENTES
4 VENTILACIÓN SUPERFICIAL	4 ESTERTORES/ SIBILANCIAS
5 APNEA	

HEMOTORAX:

1 DERECHO	1 APICAL
2 IZQUIERDO	2 BASE

SITIO:

1 APICAL	1 BASE
2 CALIENTE	2 FRÍA

CIRCULACIÓN:

PRESENCIA PULSOS:

1 CAROTIDEO	1 NORMAL
2 RADIAL	2 RÁPIDO
3 PARO CARDIORESPIRATORIO	3 LENTO

CALIDAD:

1 NORMAL
2 PÁLIDA
3 CIANÓTICA
4 ARRÍTMICO

PIEL:

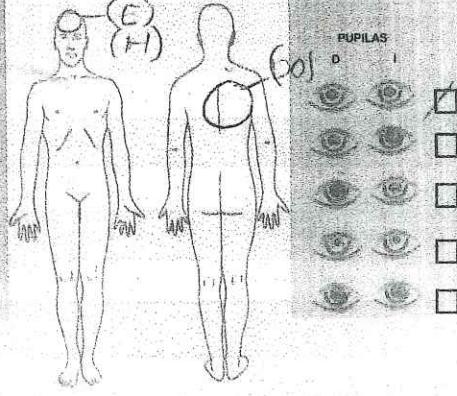
1 NORMAL
2 CALIENTE
3 FRÍA
4 DIAFORESIS

EXPLORACIÓN FÍSICA

DEFORMIDADES:

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

ZONAS DE LESIÓN



SIGNOS VITALES Y MONITOREO

HORA	RR	FO	TAB	SPO2	TEMP	GLUC	GAWSS	TRAUMA SCORE	EKG
23	114	110	65	98	/	/	15/K		

IX EVALUACIÓN SECUNDARIA

INTERROGATORIO

ATENDIDO POR PRIMER RESPONDIENTE: SI NO

MEDICAMENTOS QUE ESTÁ INGRESANDO

ENFERMEDADES Y CIRUGÍAS PREVIAS

HORA DE ÚLTIMA COMIDA

EVENTOS PREVIOS RELACIONADOS

CONDICIÓN DE PACIENTE

1 CRÍTICO	1 INESTABLE
2 NO CRÍTICO	2 ESTABLE

PRIORIDAD

1 ROJO	3 VERDE
2 AMARILLO	4 NEGRO

X TRATAMIENTO

CONTROLES DE HEMORRAGIAS

1 PRESIÓN DIRECTA	1 LINEA/ #
2 TORNIQUETE	2 CATETER/ #
3 EMPAQUETAMIENTO	3 INTRAOSEAL
4 VENDAJE COMPRESIVO	4 OTRA

VÍAS VENOSAS

1 MANGA	1 PLIEGE ANTECUBITAL
2 CATETER	2 VENAS CENTRALES
3 INTRAOSEAL	3 DESCOMPRESIÓN PLEURAL CON AGUJA
4 OTRA	4 HEMOTORAX DERECHO

SITIO DE APLICACIÓN

1 MANGA	1 PLIEGE ANTECUBITAL
2 CATETER	2 VENAS CENTRALES
3 INTRAOSEAL	3 DESCOMPRESIÓN PLEURAL CON AGUJA
4 OTRA	4 HEMOTORAX DERECHO

XII TRASLADO		INSTITUCIÓN A LA QUE SE TRASLADA EL PACIENTE	
		Beneficencia Escuadra	
		PRIORIDAD	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 CRÍTICO	<input checked="" type="checkbox"/> 1 INESTABLE	<input checked="" type="checkbox"/> 1 ROJO	<input checked="" type="checkbox"/> VERDE
<input checked="" type="checkbox"/> 2 NO CRÍTICO	<input checked="" type="checkbox"/> 2 ESTABLE	<input checked="" type="checkbox"/> 2 AMARILLO	<input checked="" type="checkbox"/> NEGRO
NEGATIVA A RECIBIR ATENCIÓN / SER TRASLADADO EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD			
<p>Declaro que no acepto las recomendaciones del personal de la ambulancia de Cruz Roja Mexicana en cuanto al (tratamiento) y/o (traslado) a un hospital; por lo que eximo a Cruz Roja Mexicana y a dichas personas de toda responsabilidad que pudiera derivar al haber respetado y cumplido mi decisión.</p>			
Nombre / Firma / Paciente		Nombre / Firma / Testigo	
POSIBLE DIAGNÓSTICO			
<p>XII OBSERVACIONES</p> 			
MINISTERIO PÚBLICO NOTIFICADO			
NOMBRE Y FIRMA QUIEN RECIBE			

MATERIAL UTILIZADO

CONSUMO NIVEL BÁSICO		CONSUMO NIVEL AVANZADO		OTROS MATERIALES	
SONDA ASPIRACIÓN		VENDA ELÁSTICA 10 CM		T. ENDOTRAQUEAL 3.0	S. NASOGÁSTRICA
PUNTAS NASALES		HIELO INSTANTÁNEO		T. ENDOTRAQUEAL 4.0	SÁBANA QUEMADOS
MASCARILLA ADULTO		DETROSTIX		TROCAR TORÁCICO 14	
PUNZOCAT 14		LANCETA		TROCAR TORÁCICO 18	
PUNZOCAT 16		CURITA		ELECTRODOS ADULTO	
PUNZOCAT 18		GASA SIMPLE		ELECTR. PEDIÁTRICOS	
VENOPACK/VENOSET		ALGODÓN			
JERINGA 5 CC		SÁBANA			
ABATELENGUAS		VENDA GASA 10 CM			
GUANTES		COMPRESA ESTÉRIL			
TELADHESIVA		CALOR INSTANTÁNEO			
VENDA ELÁSTICA 5 CM					
1 T. ENDOTRAQUEAL 7.5		JERINGA 10 CC		10	
2 T. ENDOTRAQUEAL 8.0		CLAMPS UMBILICALES		11	
3 MASC. PEDIÁTRICA		ALUMINIO 50 X 50		12	
4 MARIPOSAS 24				13	
5 MICROTOMERO				14	
6 JERINGA INSULINA				15	
				16	
				17	
				18	