

## 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: Pedro Rafael del Castillo Arriaga  
 Nombre: Pedro Rafael del Castillo Arriaga  
 Fecha: 11/04/2023



MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL  
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE  
DEL CASTILLO  
ARRIAGA  
PEDRO RAFAEL

SEXO H



DOMICILIO  
C GRITO DE DOLORES 208  
FRACC CONSTITUCION 78350  
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

CLAVE DE ELECTOR CSARPD91101724H000

CURP  
CAAP911017HSPSRD09

AÑO DE REGISTRO

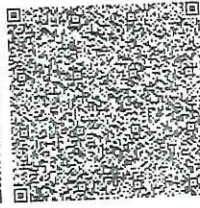
2011 01

FECHA DE NACIMIENTO  
17/10/1991

SECCIÓN  
1044

VIGENCIA  
2021 - 2031

*Pedro Rafael  
del Castillo Arriaga*



0907957

*Pedro Rafael del Castillo Arriaga*

SECRETARÍA DE INTERIORES

IDMEX2205731796<<1044088652741  
9110177H3112319MEX<01<<35880<5  
DEL<CASTILLO<ARRI<<PEDRO<RAFAE

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.

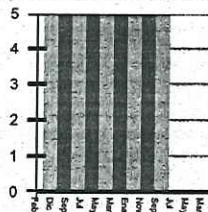
AV. DE LOS PINTORES No. 3, COL. LOS FILTROS C.P. 78210,  
SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. RFC: OIM-960813-E9A

**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

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
Anomalía 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

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

**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\_ingresos@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 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 o informe o desplazo de las cantidades que obran en su estado de cuenta, referente al bimestre o mes actual y/o anteriores, podrá acudir a las instalaciones del organismo o a líneas o líneas de 800 horas a 1500 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**

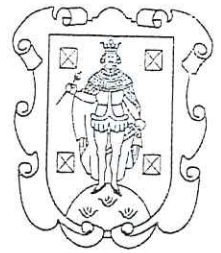
ORGANISMO INTERMUNICIPAL METROPOLITANO DE AGUA POTABLE, ALCANTARILLADO,  
SANEAMIENTO Y SERVICIOS CONEXOS DE LOS MUNICIPIOS DE CERRO DE SAN PEDRO,  
SAN LUIS POTOSÍ, Y SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ.





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO DE SAN LUIS POTOSI

Registro del Estado Civil



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE SAN LUIS POTOSI Y COMO DIRECTOR DEL REGISTRO CIVIL, CERTIFICO SER CIERTO QUE EN EL DUPLICADO DEL LIBRO DE NACIMIENTOS CON FECHA 04/Noviembre/1991 DE LA OFICIALIA 5 DEL REGISTRO CIVIL DE SAN LUIS POTOSI, SAN LUIS POTOSI, SE ENCUENTRA ASENTADA EL ACTA No. 2804 A FOJAS EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS.

ACTA CERTIFICADA DE NACIMIENTO

DATOS DEL REGISTRADO

NOMBRE: - PEDRO RAFAEL DEL CASTILLO ARRIAGA -  
FECHA DE NACIMIENTO: - 17 de Octubre de 1991 -  
LUGAR DE NACIMIENTO: - SAN LUIS POTOSI, SAN LUIS POTOSI, SAN LUIS POTOSI -  
REGISTRADO: - Vivo - SEXO: - Masculino -  
CURP - CAAP911017HSPSRD09 -

DATOS DE LOS PADRES

NOMBRE DEL PADRE: - MARIO RAFAEL DEL CASTILLO -  
EDAD: - 19 Años - NACIONALIDAD: - MEXICANA -  
NOMBRE DE LA MADRE: - YOLANDA ARRIAGA CASTILLO -  
EDAD: - 24 Años - NACIONALIDAD: - MEXICANA -

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 28 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE SAN LUIS POTOSI, A LOS 17 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2006

EL DIRECTOR DEL REGISTRO CIVIL EN EL ESTADO

  
LIC. CLAUDIA MAYELA VALDES TISCAREÑO

  
PODER EJECUTIVO  
DEL ESTADO  
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.  
DIRECCION  
DEL REGISTRO CIVIL

OBSERVACIONES: - -



COSTO \$ 21.00

ELABORO: KIOSKO2-DRCSLP

1519237





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  
NACIONALIDAD : MEXICANA  
NOMBRE DE LA MADRE : MONICA CECILIA RUIZ GUTIERREZ  
EDAD : 18 AÑOS  
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 : -----  
PARENTESCO : -----  
EDAD : -----

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 18<sup>º</sup>. 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





**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

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
386814	E 757969	DEL CASTILLO RUIZ KENIA NICOLE	CAB06835-70D3-4821-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

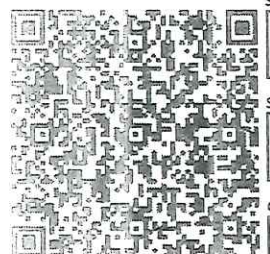
Moneda MXN, Peso mexicano

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

vS4B6F38IJEPLFEMxH02FcrPLES37g5yAxtK7WK/G0iã7dfd12Nm/xw/Ng+U4dGW57Zh9S9y9JErT/  
+5JpJGB3DHHZPoUQ8v2/iylU2XlyZKHokDM9FUuDiv8wXEnJ12D+jeS7UM1JkZWxoAlgluKfy6WMj1fu9CSiHjHza1/9crnp45mmOKqONzfdKlrTtXGmer6h0aMXawau1wHo63rDtoYwEd6cllrTab  
bskOz8BirrT1IRaHicY+6LyGzZF6hBWDx3A9oMMjWp0IoMAvmQhJMUCpPnBK6GNbPzPWqMMVjD4mEW+3Or69WwldoYxw42kGNZKQqnv5/JtF+Xw==

Sello del SAT

wQ7EYDVx4t5lrnXtCBT6fMFhsbdCJJoRimXRy5NS1J6UUPDoQ4Mi2BQnMq10EJoOsALKFuiuD80b3Zb6qjpsyCWh1xvuo6gcxzCZsxtVhBa/LkWzpv1Q65RbKPBAbvKagTCqr8C10YVIBFnHo/bk  
EPvJQRNGPhXAY+Rj9oVEDHJ0d8+u7UZ285SEJ81nmXZk50iIHqS5UamRSoCJ4pxArdr6GDvXONyFV7E5+mtvUvnmjRM1ouWA4RIHA5O6jsZtTo+slizmGr+QEZOpUBGGm8lchHmLnbpU/OLC+  
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//HXNvA4R6msSL2IHFONaDBrQZaAxcLWMsQy89o+4DslkNrDdY5nCRgEAl  
U7fqC/P7uETKQy0IznY3H9QgBCj+kbFMUKAHBBuWMEAsmTO/YRZ3HSqtOMCepWynEWX2wzNoX/dUB2qgiw/Q4YAgOkqxxkKx/9KUOOkWwYlw7up6nhIAkxgUzZGgr0+8/  
+k2SI+J6AF8DFZSMoCx9INQs7NCx9V/NwzQ19fG7btOGTF5Q9oVfinY8lold7V1m0E4RYnGNQxsbi7IcnQCIefyc3B0WOFCEdafi+YXPLOHousIHjHJLjOUqHGT893S2zNRvU5g==||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		
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		
PAQUETES			FACTURAS		
BRUGIAS					

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>OGOS</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		
MUNICIPIO	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		
RECARGAS					

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	\$10,000 pesos	\$25,000 pesos	\$15,000 pesos	\$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>	
en caso de fallecimiento por cualquier causa <sup>1</sup>	adicionales en caso de fallecimiento accidental <sup>2</sup>	en caso de diagnóstico positivo de cáncer <sup>3</sup>	en caso de diagnóstico positivo de cáncer <sup>3</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:	Pedro Rafael Delcastillo Arriaga	FECHA NACIMIENTO:	17/10/1991
NOMBRE COMPLETO DE LA PAREJA:	Mónica Cecilia Ruiz Gutiérrez	FECHA NACIMIENTO:	06/05/1995
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 1:	Kenia Nicole Delcastillo Ruiz	FECHA NACIMIENTO:	18/05/2012
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 2:	Franklin Leonardo Delcastillo Rodríguez	FECHA NACIMIENTO:	12/06/2016
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	PARIENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	%
Mónica Cecilia Ruiz Gutiérrez	esposa	06/05/1995	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: Pedro Rafael Delcastillo Arriaga

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

SEP 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

TELÉFONO:

Ocupación:

Estudiante

DIRECCIÓN HABIENTE A:

NDH

COMPANÍA SEGURO GASTOS MÉDICOS:

AGENTE CAUSAL

1 ARMA	2 MAQUINARIA	3 ELECTRICIDAD
4 JUGUETE	5 HERRAMIENTA	6 EXPLOSIÓN
7 AUTOMOTOR	8 FUEGO	9 SER HUMANO
10 BICICLETA/SCOOTER	11 SUSTANCIA/OBJETO CALIENTE	12 ANIMAL
13 PRODUCTO BIOLÓGICO/QUÍMICO	14 SUSTANCIA TOXICA	15 OTRO

ESPECIFIQUE:

Caída de persona

LESIONES CAUSADAS POR:

ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS

1 COLISIÓN	2 VOLCADURA
3 MOTOCICLETA	4 AUTOMOTOR
5 BICICLETA	6 MAQUINARIA

SOBRE LA COLISIÓN

1 CONTRA OBJETO	2 IMPACTO:
3 FIJO	4 EN MOVIMIENTO
5 FRONTAL	6 LATERAL
7 POSTERIOR	8 HUNDIMIENTO:
9 PARABRISAS:	10 VOLANTE:
11 INTEGRO	12 INTEGRO
13 ROTO/DOBLADO	14 DOBLADO
15 BOLSAS DE AIRE:	16 SI
17 NO	18 CINTURÓN DE SEGURIDAD:
19 COLOCADO	20 NO COLOCADO
21 SI	22 NO
23 EYECTADO	24 PRENSADO

ATROPELLADO

1 MOTOCICLETA	2 AUTOMOTOR	3 BICICLETA	4 MAQUINARIA
---------------	-------------	-------------	--------------

ORIGEN PROBABLE:

1 NEUROLÓGICA	2 DIGESTIVA	3 MÚSCULO ESQUELÉTICO
4 CARDIOVASCULAR	5 UROGENITAL	6 INFECCIOSA
7 RESPIRATORIO	8 GINECO-OBSTÉTRICA	9 ONCOLÓGICO
10 METABÓLICO	11 COGNITIVO/EMOCIONAL	12 OTRO

ESPECIFIQUE:

1ª VEZ: SUBSECUENTE:

DATOS DE LA MADRE:

1 GESTA:	2 GÉSTICA:	3 RARA:	4 ABORTO:
5 SEMANAS DE GESTACIÓN:	6 FECHA PROBABLE DE PARTO:	7 MEMBRANA:	8 EMB:
9 HORA DE INICIO DE CONTRACCIONES:	10 FRECUENCIA:	11 DURACIÓN:	

DATOS POST-PARTO:

1 HORA DE NACIMIENTO:	2 LUGAR:
3 PLACENTA EXPULSADA:	

DATOS DEL RECIÉN NACIDO:

1 PRODUCTO:	2 VIVO	3 MUERTO	4 GÉNERO:	5 MASC	6 FEM
7 APGAR:	8 1 MIN	9 5 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	

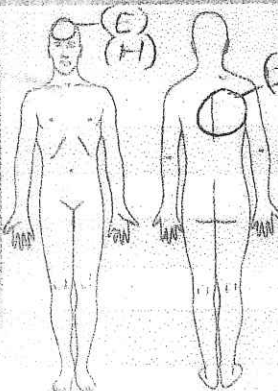
CARACTERÍSTICAS:

1 NORMAL	2 CALIENTE
3 FRÍA	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 FRACTURAS (F)
9 ENFISEMA 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:



1 PUPILAS	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

1 ALERGIAS	2 ATENDIDO POR PRIMER RESPONDIENTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3 MEDICAMENTOS QUE ESTÁ INGERIENDO	
4 ENFERMEDADES Y CIRUGÍAS PREVIAS	
5 HORA DE ÚLTIMA COMIDA	
6 EVENTOS PREVIOS RELACIONADOS	

CONDICIÓN DE PACIENTE

1 CRÍTICO	2 INESTABLE
3 NO CRÍTICO	4 ESTABLE

PRIORIDAD

1 ROJO	2 VERDE
3 AMARILLO	4 NEGRO

VÍA AÉREA:

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

CONTROL CERVICAL:

1 MANUAL	2 COLLARÍN RÍGIDO
3 COLLARÍN BLANDO	

ASISTENCIA VENTILATORIA:

1 BALÓN VALVULA-MASCARILLA	2 PUNTAS NASALES
3 VALVULA DE DEMANDA	4 MASCARILLA SIMPLE
5 VENTILADOR AUTOMÁTICO	6 MASCARILLA CON RESERVORIO
7 FREC	8 VOL
9 LITS X MIN	
10 HIPERVENTILACIÓN	
11 DESCOMPRESIÓN PLEURAL CON AGUJA	12 HEMITORAX DERECHO
	13 HEMITORAX IZQUIERDO

CONTROL DE HEMORRAGIAS:

1 PRESIÓN DIRECTA	2 TORNQUETE
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 NAOL 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
--------------	----------------	----------------------------------	-------------------	------------	-----------



INSTITUCIÓN A LA QUE SE TRASLADA EL PACIENTE

Beneficencia Española

PRIORIDAD

1 CRÍTICO	1 INESTABLE	1 ROJO	1 VERDE
2 NO CRÍTICO	2 ESTABLE	2 AMARILLO	2 NEGRO

NEGATIVA A RECIBIR ATENCIÓN / SER TRASLADADO  
EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD

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.

Nombre / Firma / Paciente

Nombre / Firma / Testigo

POSIBLE DIAGNÓSTICO

MINISTERIO PÚBLICO NOTIFICADO

NOMBRE Y FIRMA QUIEN RECIBE

AUTORIDAD O AUTORIDADES QUE TOMARON CONOCIMIENTO

DEPENDENCIA:

NÚMERO DE UNIDADES

NOMBRE O NÚMERO DE LOS OFICIALES:

VEHÍCULOS INVOLUCRADOS

	TIPO Y MARCA	PLACAS
1		
2		
3		
4		

POSICIÓN, ORIENTACIÓN (DÓNDE Y CÓMO) SE ENCONTRÓ EL PACIENTE: sentada en asiento piloto

Pertenencias: NO SE TUO CONTACTO

RECIBE PERTENENCIAS:

NOMBRE, FIRMA Y CARGO

COMPañía SEGURO VEHICULO:

ENTREGA PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA

MEDICO QUE RECIBE

NOMBRE Y FIRMA

### MATERIAL UTILIZADO

CONSUMO NIVEL BÁSICO	CONSUMO NIVEL AVANZADO	OTROS MATERIALES	
1 Sonda aspiración	1 VENDA ELÁSTICA 10 CM	1 T. ENDOTRAQUEAL 3.0	1 S. NASOGÁSTRICA
2 PUNTAS NAALES	2 HIELO INSTANTÁNEO	2 T. ENDOTRAQUEAL 4.0	2 SABAÑA QUEMADOS
3 MASCARILLA ADULTO	3 DE TROSTIX	3 TROCAR TORÁCICO 14	
4 PUNZOCAT 14	4 LANCETA	4 TROCAR TORÁCICO 18	
5 PUNZOCAT 16	5 CURITA	5 ELECTRODOS ADULTO	
6 PUNZOCAT 18	6 GASA SIMPLE	6 ELECTR. PEDIÁTRICOS	
7 VENOFACK/VENOSET	7 ALGODÓN		
8 JERINGA 5 CC	8 SABAÑA		
9 ABATE LENGÜAS	9 VENDA GASA 10 CM	1 NACL 0.9 %	1 GLUCOSA 10 %
10 GUANTES	10 COMPRESA ESTÉRIL	2 HARTMANN	2 GLUCOSA 50 %
11 TELA ADHESIVA	11 CALOR INSTANTÁNEO	2 GLUCOSA 5 %	
12 VENDA ELÁSTICA 5 CM			
1 T. ENDOTRAQUEAL 7.5	13 JERINGA 10 CC	1	10
2 T. ENDOTRAQUEAL 8.0	14 CLAMPS UMBILICALES	2	11
3 MASC. PEDIÁTRICA	15 ALUMINIO 50 X 50	3	12
4 MARIPOSA 24		4	13
5 MICROGOTERO		5	14
6 JERINGA INSULINA		6	15
		7	16
		8	17
		9	18