

CERTIFICADO DE SEGURO A:

JOSEFINA SEGURA ESCOBAR

QUIEN CUENTA CON LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

COBERTURA	SUMA ASEGURADA		
	TITULAR	PAREJA	HIJO(S)
SEGURO DE VIDA	\$10,000.00 ²	\$10,000.00 ²	\$10,000.00 ²
SEGURO MUERTE ACCIDENTAL	\$10,000.00 ²		
PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER	\$25,000.00 ³	\$15,000.00 ³	
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	\$200.00 pesos por cada día hospitalizado ⁴		
SALDO DEUDOR POR FALLECIMIENTO	Amparado	Amparado	
CUIDADO DE LA MUJER	1 examen por Ciclo. Colposcopia, Química Sanguínea de 27, Biometría Hemática, Perfil hormonal y Mastografía o Ultrasonido Mamario ⁵		
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	Reembolso hasta \$5,000.00 pesos en el ciclo		Reembolso hasta \$5,000.00 pesos en el ciclo
ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA	Amparado	Amparado	Amparado
SERVICIO FUNERARIO BÁSICO	Amparado	Amparado	Amparado
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		

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. ³Presentando acta de averiguación previa emitida por el Ministerio Público. Edad de aceptación: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. ³Se cubre primer diagnóstico positivo de cáncer femenino (cáncer de mama y cervicouterino) y cáncer masculino (cáncer de próstata, testículos y pulmón). No se cubren preexistencias, ni cáncer in situ, 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. ⁴Edad 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. ⁵Edad 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 TM-Assistance SA de CV. Raul 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 TM-Assistance SA de CV. ⁶Edad 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. ⁷Solo 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.

DOCUMENTOS SEGURO DE VIDA	DOCUMENTOS SEGURO DE CÁNCER	DOCUMENTOS RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	DOCUMENTOS REEMBOLSO GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE
✓ Original del Acta de Defunción	✓ Original de Acta de Nacimiento del Titular	✓ Original de Acta de Nacimiento del Titular	✓ Original de Acta de Nacimiento del Titular
✓ Original del Acta de Nacimiento del Titular y Beneficiario	✓ Original de Consentimiento de Seguro	✓ Original de Consentimiento de Seguro	✓ Original Consentimiento de Seguro
✓ Original de Consentimiento de Seguro	✓ Copia de Informe médico firmado y en hoja membretada del centro médico	✓ Copia de Informe médico firmado y en hoja membretada del centro médico	✓ Copia de Identificación Oficial del Titular
✓ Copia de Identificación oficial del Titular y Beneficiario	✓ Copia de Estudio Histopatológico firmado y en hoja membretada del centro médico	✓ Copia de Resumen Clínico o Historia clínica que indique fecha de ingreso, egreso al hospital y antecedentes médicos firmado y en hoja membretada del centro médico	✓ Copia de Contrato de Crédito
✓ Copia de Contrato de crédito	✓ Copia de Identificación Oficial del Titular	✓ Copia de Identificación Oficial del Titular	✓ Copia de Comprobante de domicilio
✓ Copia de Comprobante de domicilio	✓ Copia de Contrato de Crédito	✓ Copia de Contrato de Crédito	✓ Estudios realizados que demuestren las lesiones sufridas
✓ Copia de Acta de Averiguación Previa <i>*En caso de fallecimiento accidental</i>	✓ Copia de Comprobante de domicilio	✓ Copia de Comprobante de domicilio	✓ Informe médico que acredite la lesiones y tratamiento como consecuencia de un accidente firmado y en hoja membretada
✓ Acta de Matrimonio o Constancia de Unión Libre <i>*En caso de fallecimiento de pareja</i>	✓ Aviso de Privacidad	✓ Aviso de Privacidad	✓ Facturas de los servicios médicos recibidos, dichas facturas deberán estar a nombre del Asegurado, además deberán contener el desglose correspondiente de gastos
✓ Copia de Constancia de Dependencia Económica <i>*En caso de fallecimiento de hijo mayor a 18 años</i>			✓ Aviso de Privacidad
✓ Aviso de Privacidad			



ATENCIÓN
24 HORAS

SERVICIO FUNERARIO Y DE CUIDADO DE LA MUJER SOLO LLAMANDO AL
800 8378760

FOLIO
A19 5681713



ACTA DE NACIMIENTO

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE NUEVO LEON Y COMO OFICIAL 1 DEL REGISTRO CIVIL EN EL ESTADO, CERTIFICO, EN LO CONDUCENTE, QUE EN EL LIBRO No. 19 TOMO 1 DEL ARCHIVO GENERAL DEL REGISTRO CIVIL, EN LA FOJA No. 174 SE ENCUENTRA ASENTADA EL ACTA No. 3774, BIS 0 DE FECHA: 2 DE ABRIL DE 1976 LEVANTADA POR EL C. OFICIAL 20 DEL REGISTRO CIVIL ROGELIO QUIROGA GONZALEZ RESIDENTE EN MONTERREY, NUEVO LEON, ESTADOS UNIDOS MEXICANOS EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

"POR ACTA DE MATRIMONIO No. 205 DE FECHA 24/04/1993 LEVANTADA POR EL C. OFICIAL 8 DEL REGISTRO CIVIL DE MONTERREY, NUEVO LEON LOS CC. OSCAR GONZALEZ DE LEON Y JOSEFINA SEGURA ESCOBAR QUEDAN LEGALMENTE UNIDOS EN MATRIMONIO DOY FE

DATOS DEL REGISTRADO

NOMBRE : JOSEFINA SEGURA ESCOBAR
FECHA DE NACIMIENTO : 19 DE MARZO DE 1976
PRESENTADO : VIVO SEXO : FEMENINO No. de CERTIFICADO :
LUGAR DE NACIMIENTO : MONTERREY, NUEVO LEON, ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
C.R.I.P. : 19-039-20-76-03774-0 C.U.R.P. :
HORA: 00:30
PADRE :
SEEJ760319MNLGSS05



DATOS DE LOS PADRES

NOMBRE : ESTEBAN SEGURA JIMENEZ EDAD : 23
NACIONALIDAD : MEXICANA
NOMBRE : JUANA ESCOBAR DE SEGURA EDAD : 19
NACIONALIDAD : MEXICANA

DATOS DE LOS ABUELOS

NOMBRE : PROCOLO SEGURA NACIONALIDAD : MEXICANA
NOMBRE : PETRA JIMENEZ DE SEGURA NACIONALIDAD : MEXICANA
NOMBRE : DOMINGO ESCOBAR NACIONALIDAD : MEXICANA
NOMBRE : ANTONIA CRUZ DE ESCOBAR NACIONALIDAD : MEXICANA

DATOS DE LOS TESTIGOS

NOMBRE : JOSE LUIS CHAVEZ EDAD :
NACIONALIDAD : MEXICANA
NOMBRE : ROBERTO ALVAREZ EDAD :
NACIONALIDAD : MEXICANA

PERSONA DISTINTA A LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE :
PARENTESCO :
EDAD :

DATOS DEL PAGO : JUAREZ, NUEVO LEON A 28/MAY/2019
ELABORO : GRGONZ2015

ACTAS DE NACIMIENTO TOTAL : \$51.00
(*****CINCUENTA Y UNO PESOS 00/100 M.N. *****)

POR ACUERDO DEL TITULAR DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE NUEVO LEON, SE OTORGA ESTA CERTIFICACIÓN EN LA CIUDAD DE JUAREZ DEL ESTADO DE NUEVO LEON, A LOS 28 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL 2019. DOY FE.

SELLO OFICIAL
DE LA
DEPENDENCIA



EL OFICIAL 1 DEL REGISTRO CIVIL DE JUAREZ, NUEVO LEON

LIC. JULIO CESAR VARGAS SALINAS



* M X 1 9 1 9 0 1 0 1 0 5 6 9 3 6 2 *



SEGOB
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN



DIRECCIÓN GENERAL DEL
REGISTRO NACIONAL DE POBLACIÓN
E IDENTIFICACIÓN PERSONAL



CONAFREC
Consejo Nacional de Funcionarios
del Registro Civil



Nuevo León
GOBIERNO DEL ESTADO



SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN
ESTADO DE NUEVO LEÓN
REGISTRO CIVIL

FACTURA PRESENTA SALDO VENCIDO



EL GOBIERNO DEL
NUEVO LEÓN

Matamoros 1717 Pte. Col. Obispo, Mty., N.L. 64060 R.F.C. SAD 560528-572
PERSONA MORAL CON FINES NO LUCRATIVOS

Marca
073 Centro de
Información
y Servicio

www.sadm.gob.mx

USUARIO JOSEFINA SEGURA ESCOBAR		VENCIMIENTO 13/JUL/2022
DIRECCIÓN DE ENVÍO Garza 127 B Vistas de San Juan Juárez NL C.P. 67266 Vistas de San Juan		MES FACTURADO JUN/2022
DIRECCIÓN DE SERVICIO Garza 127 B Vistas de San Juan Juárez NL		PERIODO DE CONSUMO 28/MAY/2022 28/JUN/2022
R.F.C. XAXX010101000		LUGAR DE EXPEDICIÓN 64060-Mty., N.L.
N.I.S. 5526930-01 DV 0	TARIFA Doméstica - Cat.2	
N.I.R. 0552693001000243011148	UNIDAD USO 1	
OFICINA COMERCIAL G.C. JUAREZ	GIRO Casa de familia	

INFORMACIÓN DEL CONSUMO			
MEDIDOR 110738085M120	LECTURA ANTERIOR 1154	ULTIMA LECTURA 1163	CONSUMO M³ 9

FACTURAS PENDIENTES		UNIDAD USO	DETALLE DE FACTURACIÓN
VENCIMIENTO	IMPORTE	NO APLICA	CONSUMO DE AGUA
13/06/2022	63.00	NO APLICA	CUOTA DE DRENAJE
12/05/2022	110.34	NO APLICA	CUOTA DE SANEAMIENTO
12/04/2022	67.00	NO APLICA	IVA
11/03/2022	56.21	NO APLICA	REDONDEO MES ANTERIOR
11/02/2022	93.55	NO APLICA	AJUSTE POR REDONDEO
12/01/2022	64.00		
12/07/2019	6,835.90		

MESES ANTERIORES	MESES DE ADEUDO 36	TOTAL DEL MES 131.00
		ADEUDO PENDIENTE 7,290.00
		TOTAL A PAGAR \$ 7,421.00
		PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN

Fecha y hora de certificación: 2022-06-20T21:17:10
Fecha Emisión: 2022-05-20T21:17:05
Folio Fiscal (UUID): 054F85AF-D2C8-441D-90FA-46384736881F
No. Serie Certificado SAT: 00001000000507237013
No. Serie Certificado CSD: 00001000000506022584

Sello Digital del Emisor:
dPPBewSFCuROCVXQJHdVbOKBLD0e4sPBeTUCR4ALuStoQJGieinAN9btpEhmoH2FGWYYSUNWFK
kmoelWRKvUqRtPi+JHWDZqTev1YpAyr+cpdpyCmR8B8wAJ7Z8R3u3AHwB9KYHwCUMjW6
HkPeyGBCBhVn1PPUQuesdUuKt1mCPSE7P713C6hwaQ5aUMXQDa+LJPCFawSE9FP3CaXo7
ZTN5Dg+3u8+DlR155cKvM20TzYqzCewOhRtUy5zxdp0673daBn1nHwJuAbWt+wdR8FwUKNZIV
CaXup8MCPUZSvwe

Sello Digital del SAT:
aZaxOwd3F0mD2A1PumpH4cKwHingL5nAbzX2h0rOxvZ9lKpdsVnoTDBpE7eOC4dThV3C4PRV
ZnTgicD8E6C0dU8GyNRYZaXUvSMcSLUqCg7tscC9khF+07qyMTWpWtZzK4c2RFRQli745vzv6
ADHPwtnMBvGwDkGUM6L29GF160+eFGR+ypAcK8RvymaM4Q2PzodQ8IEEE/Ph2KwV5yDBXCSd/L
X58ekYpYUvCvO18B103dHicQ4R5C7POBZBnjmaRZz8cUUFhmCIGVasVhuEMK6uX3JuaAPwV
qVGM0Jg==

Cadena Original:
[1,1]054F85AF-D2C8-441D-90FA-46384736881F[2022-05-20T21:17:10]DCD000706E42dPPBewSFC

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN CFDI

*El pago de esta factura no libera al suscriptor de adeudos anteriores o servicios prestados no incluidos. Los títulos de crédito dados en pagos serán bajo la condición "salvo buen cobro".
En caso de cheques devueltos, "Servicios de Agua y Drenaje de Monterrey, L.P.D.", se reserva el derecho de cobrar el 20% de indemnización en términos del Art. 193 de la ley de Títulos y Operaciones de Crédito.

Banorte Empresa: 06944 Ref.: 0552693001153546427
Afirme Ref.: 0552693001153546427
Bajío Ref.: 0552693001153546427
PA Banamex: 197001 Ref.: 05526930011535464204
Scotiabank No. Serv.: 1639 Ref.: 05526930011535464204
Santander No. Conv.: 7054 Ref.: 05526930011535464204
Bancomer No. Conv.: 1291605 Ref.: 05526930011535464204
HSBC Convenio RAP.: 4299 Ref.: 05526930011535464204

FORMA DE PAGO: 99- Por definir
NUMERO DE CUENTA: No Aplica



55269300124301114800000074210011

PROGRAMADO PARA CORTE Y/O REDUC



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

ALTA VOLUNTARIA

Fundamento: Reglamento de la Ley General de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículo 79; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, numeral 10.2 y apéndice D-18.

Delegación	Nuevo León
Unidad Médica	HGZ #4
Servicio	Urgencias
Cama o camilla	obs, 10
Nombre	Segura Escobar Josefina
Número de Seguridad Social	4792 76 6759 1B760R
Edad	46 años

En Guadalupe ; a 09 de julio del 2022 siendo las 12:20 horas, yo Mayra Segura en mi carácter de hermana con identificación oficial INE expreso mi libre voluntad para solicitar atentamente "ALTA VOLUNTARIA" del paciente Segura Escobar Josefina con número de seguridad social 47927667591B760R, internado en la cama/camilla obs, 10 del servicio de urgencias de la Unidad Médica HGZ #4 y el cual será llevado a domicilio bajo la autorización de Mayra Segura quien acepta el envío de paciente de tal forma hago constar que el Médico tratante me proporciona información completa del padecimiento y el estado actual del paciente, la cual fue realizada en forma amplia, precisa y suficiente; en un lenguaje claro y sencillo e informándome los beneficios de la permanencia, posibles riesgos y complicaciones derivados del "ALTA VOLUNTARIA" así como el derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento e incluso cuando me encuentre fuera de la Unidad Médica. Una vez firmado el presente, eximo a la Unidad Médica HGZ #4 del Instituto Mexicano de Seguro Social, así como a su personal médico, paramédico y administrativo de toda responsabilidad sobre el paciente, teniendo en cuenta que seguiré las medidas recomendadas para la protección de salud y factores de riesgo. En caso que el paciente requiera ambulancia para su "ALTA VOLUNTARIA", debe anotar: Nombre de la empresa: _____; si es con responsiva médica el que suscribe _____, Médico con especialidad en _____ con cédula profesional _____ bajo la Dirección General de profesiones, otorga licencia médica para el traslado del paciente el cual será atendido en: _____

RESUMEN CLINICO

Femina de 46 años la cual tiene antecedente de diabetes mellitus 2
y la cual es traída este servicio por presentar desde hace 10 días dolor en
hipocondrio derecho irradiado a espalda acompañado de náusea que provoca
vómito, aumento de cambios en la coloración de la orina. A la exploración
con Murphy positivo y signo de Giordano positivo derecho. Presenta bilirrubina
y amilasa dentro de parámetros normales. Urianálisis patológico.
Fecha y hora de ingreso: 07-07-22 20:10 Diagnóstico de ingreso: dolor abdominal en estudio
Fecha y hora del alta voluntaria: 09-07-22 12:30 Diagnóstico al alta voluntaria: probable pliconefritis

Nombre completo y firma del paciente, familiar, tutor o representante

Mayra Elizabeth Segura Escobar (hermana)

Nombre completo, matrícula y firma del médico tratante 98209543

Diego Iván Rodríguez Domínguez

Nombre completo, matrícula y firma

Del Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social

Ald. Medina Villanueva

97200575

Nombre completo y firma del testigo

Nombre completo y firma de testigo

Nombre completo, matrícula y firma
del Médico Directivo en turno

Clave 2660-009-130

 **MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL**
CREDENCIAL PARA VOTAR

 **NOMBRE**
SEGURA
ESCOBAR
JOSEFINA

SEXO M


DOMICILIO
C GARZA 127 B
FRACC VISTAS DE SAN JUAN 67266
JUAREZ, N.L.

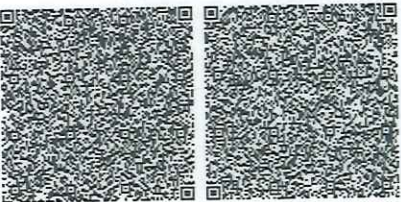

CLAVE DE ELECTOR SGESJS76031919M700

CURP SEEJ760319MNLGSS05 **AÑO DE REGISTRO** 1994 04

FECHA DE NACIMIENTO 19/03/1976 **SECCIÓN** 2352 **VIGENCIA** 2021 - 2031

Josefina Segura Escobar

 **INE**

AUSEER

Josefina Segura Escobar
SECRETARÍA EJECUTIVA DEL INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL


IDMEX2242259736<<2352052595577
7603190M3112319MEX<04<<32082<0
SEGURA<ESCOBAR<<JOSEFINA<<<<<<

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: 
 Nombre: Josefina Segura Escobar
 Fecha: 29-08-2022

