



Favor de sólo llenar los campos en blanco, las áreas sombreadas serán para uso exclusivo de Mercer Marsh Beneficios.

Empresa: HCL Technologies Fecha: 08/12/2017

Aseguradora: MetLife México, S.A No. de Póliza: 02001 M0035463

Titular: Castellanos Guzmán Olegario Certificado: 0000051648739

Afectado: Paterno Materno Nombre(s)
Martínez Felipe Montserrat Ramón

Afectado: Martinez Felipe Monserrat Parentesco: Esposa
Paterno Materno Nombre(s)

CUERP (Afectado): MAFM900920MDFRLN09 Nombre (s): DISPLACIA CUELLO UTERINO LEVE

CURP (Alcaldado): _____ Padecimiento: _____

Tipo de Siniestro: Inicial Complemento Número de siniestro _____

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

Seleccionar el tipo de trámite

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Reembolso | (Documento a presentar: del 1 al 5) |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de anticipo | (Documento a presentar: 1,2,4,5 y 6) |
| <input type="checkbox"/> Comprobación de anticipo | (Documento a presentar: 3) |
| <input type="checkbox"/> Carta pase | (Documento a presentar: 1,2,4,5) |
| <input type="checkbox"/> Valoración | (Documento a presentar: 1,2,4,5) |
| <input type="checkbox"/> Información adicional | |

Fecha de intervención: 08/12/201

Hospital: CLINICA DE COLPOSCOPIA Y LASER

Documentación anexa

Observaciones: _____



Firma del Asegurado

En cumplimiento a lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y demás disposiciones que deriven de ésta (en lo sucesivo, la "LFPDPPP"), MARSH con domicilio ubicado en Avenida Paseo de la Reforma No. 505, Pisos 10 y 13, Colonia y Delegación Cuauhtémoc, México, Distrito Federal, C.P. 06500, es responsable del tratamiento de sus datos personales: de identificación, patrimoniales, financieros, laborales, académicos, migratorios y sensibles (características físicas, afiliación sindical, origen racial o étnico, historial clínico, tipo de sangre, estado de salud presente y futuro, información genética, información médica, creencias religiosas, creencias filosóficas, creencias morales y/o preferencia sexual), según sea el caso.

Para las finalidades señaladas en el presente Aviso, MARSH puede recabar sus datos personales de distintas formas: cuando usted nos los proporciona personalmente; cuando nos los entrega a través de medios electrónicos, ópticos, sonoros o de cualquier otra tecnología como correo postal, internet o vía telefónica; cuando los obtenemos a través de un tercero por una transferencia consentida (empleadores, Instituciones de Seguros y de Fianzas, Instituciones Financieras, proveedores de servicios y profesionales médicos); o a través de una fuente de acceso público.

Por tanto, los datos recabados se tratarán de acuerdo con las siguientes finalidades:

A. Finalidades Primarias aplicables a los supuestos que continuación se señalan: (para lo cual atentamente le pedimos marque con una "x" la casilla que corresponda al caso en el que se ubique)

1. Clientes Potenciales o Clientes (incluyendo, en caso de ser aplicable, a sus empleados y/o derechohabientes):

Se utilizarán, según sea el caso, para evaluar y atender su solicitud de información, comercialización de productos y/o prestación de servicios de consultoría, cotización, negociación, intermediación, colocación y/o renovación de pólizas de seguros y de fianzas con Aseguradoras, Afianzadoras, Administradoras de Siniestros o Proveedores de Servicios, para el análisis, priorización y gestión de riesgos, para la identificación de soluciones potenciales, para la identificación de riesgos ocultos o no previstos; para brindar asesoría en la determinación de valores asegurables y sus necesidades de protección, para la evaluación de pérdidas potenciales; para la asesoría, gestión y trámite de siniestros, para asistencia y manejo de reclamaciones; para el apoyo tecnológico y de comunicación a través de sistemas, diseño, mantenimiento, auditorías y actualización de programas de seguros y de fianzas; para la administración de programas de beneficios para empleados; para el análisis de datos de encuestas y sus resultados; para brindar consultoría en recursos humanos, servicios empresariales y planes de pensiones; para servicios asistenciales en el servicio preventivo de seguridad y salud en el trabajo con el objeto de mitigar riesgos; para programas de promoción y prevención de salud; para estudios, registros, estadísticas y análisis de información de salud; así como para el cobro y la facturación por nuestros servicios y/o productos, incluyendo cargos en línea y para evaluar la calidad de los mismos.

2. Proveedores:

Se utilizarán para el proceso de evaluación y en su caso de contratación y para la facturación y acreditamiento de pagos por el suministro de productos y/o servicios.

3. Candidatos a vacantes y Empleados:

Se utilizarán para el proceso de selección, análisis, reclutamiento y verificación de referencias, bolsa de trabajo, capacitación y desarrollo de habilidades, contratación y para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación laboral, que en su caso se llegue a establecer.

4. Visitantes que ingresan a las instalaciones, oficinas o representaciones de MARSH:

Se utilizarán para los fines vinculados con el acceso, control, video vigilancia/grabación, para garantizar la seguridad e integridad de las instalaciones, personal, herramientas y equipo de MARSH.

De acuerdo con lo establecido en la LFPDPPP, MARSH requiere de su consentimiento expreso para el tratamiento de los datos personales, incluyendo los sensibles, para las finalidades primarias a las que se hace mención en el presente Aviso. En caso de que usted no otorgue su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos, podríamos vernos imposibilitados para brindarle nuestros servicios y/o productos detallados en las finalidades primarias, o bien, para ofrecerle empleo (únicamente en caso de candidatos a vacantes) o para otorgarle alguna prestación laboral, incluyendo algún tipo de seguro de gastos médicos, según sea el caso concreto. Por lo anterior, le solicitamos atentamente marcar si acepta o no lo especificado:

Consiento que mis datos personales, incluyendo los sensibles y los financieros, sean tratados conforme a las finalidades primarias establecidas en el presente Aviso.

NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS

Olegario Castellanos Guzman

FECHA (dd/mm/aaaa): 11/12/2017

FIRMA:

B. Finalidades Secundarias

- Para fines de mercadotecnia, publicidad y/o prospección comercial con el fin de promocionar servicios fuera de los establecidos en las finalidades primarias, o para darle a conocer información y noticias relacionadas con la industria del sector asegurador y de fianzas que no estén relacionadas con lo señalado en las finalidades primarias que le sean aplicables.
- Con la finalidad de invitarlo a participar en promociones, concursos y/o actividades de salud que no formen parte de lo estipulado en las finalidades primarias que le sean aplicables.

Por lo anterior, le solicitamos atentamente marcar si acepta o no lo especificado:

Consiento que mis datos personales sean tratados conforme a las finalidades secundarias señaladas en el presente Aviso.

NO consiento que mis datos personales sean tratados conforme a las finalidades secundarias señaladas en el presente Aviso.

En caso de que el presente Aviso no le sea dado a conocer de manera directa, usted contará con un plazo de cinco días hábiles para que, de ser el caso, manifieste su negativa para el tratamiento de datos personales.

Los datos a que se refiere este Aviso, podrán ser transferidos conforme a lo que se señala a continuación:

1. En el caso de Clientes (incluyendo, en caso de ser aplicable, a sus empleados y/o derechohabientes) a:

- Compañías Aseguradoras, de Fianzas y/o Administradoras de Siniestros para el intercambio de ofertas y/o para la celebración, conservación, cancelación o modificación de contratos de seguros y/o de fianzas, así como para el trámite de pagos, siniestros y/o reclamaciones, según sea el caso.
- En el caso de empleados de Clientes de MARSH, incluyendo sus derechohabientes, podremos compartir sus datos con aquella compañía o persona para la que presta sus servicios y que previamente haya solicitado los servicios y/o productos de MARSH, como parte del paquete de prestaciones que el cliente ofrece. Lo anterior en el entendido que dichos datos serán transferidos únicamente para fines estadísticos y de análisis sobre la calidad de los servicios y/o productos ofrecidos por MARSH.
- Proveedores de Servicios contratados por MARSH para realizar servicios a su nombre. Lo anterior, en el entendido que dichos proveedores están obligados a nivel contractual a tratar los datos personales única y exclusivamente para dar cumplimiento a los servicios y/o productos descritos en las finalidades primarias y que expresamente hayan sido solicitados por el cliente.
- Sociedades relacionadas o subsidiarias de MARSH en México y en el extranjero para fines estadísticos y de análisis internos.
- Autoridades financieras mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.
- Autoridades mexicanas y extranjeras de carácter civil, mercantil, penal, laboral, administrativa o fiscal, con la finalidad de dar cumplimiento a notificaciones, requerimientos u oficios.

2. En el caso de empleados a

- Prestadores de servicios que auxilian a MARSH a dar cumplimiento con sus obligaciones en materia de previsión social y compensaciones.
- Compañías Aseguradoras o Administradoras de Siniestros para el intercambio de ofertas y/o para la celebración, conservación, cancelación o modificación de contratos de seguros, así como para el trámite de pagos, siniestros y/o reclamaciones, según sea el caso.
- Proveedores de servicios contratados por MARSH para realizar servicios a su nombre. Lo anterior, en el entendido que dichos proveedores están obligados a nivel contractual a tratar los datos personales única y exclusivamente para dar cumplimiento a los servicios y/o productos descritos en las finalidades primarias y que expresamente hayan sido solicitados por el cliente.
- Sociedades relacionadas o subsidiarias de MARSH en México y en el extranjero para fines estadísticos y de análisis internos.
- Autoridades financieras mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.
- Autoridades mexicanas y extranjeras de carácter civil, mercantil, penal, laboral, administrativa o fiscal, con la finalidad de dar cumplimiento a notificaciones, requerimientos u oficios.
- Al Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contenidas en la legislación de seguridad social.

3. En el caso de proveedores y/o visitantes que ingresan a las instalaciones, oficinas o representaciones de MARSH, a:

- Sociedades relacionadas o subsidiarias de MARSH en México y en el extranjero para fines estadísticos y de análisis internos.
- Autoridades financieras mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.
- Autoridades mexicanas y extranjeras de carácter civil, mercantil, penal, laboral, administrativa o fiscal, con la finalidad de dar cumplimiento a notificaciones, requerimientos u oficios.

MARSH requiere de su consentimiento expreso para proporcionar sus datos personales, incluyendo los sensibles, a los terceros señalados, según sea el caso, por lo de estar de acuerdo con la mencionada transferencia, le solicitamos que marque la casilla siguiente:

Consiento que mis datos personales, incluyendo los sensibles, sean transferidos conforme a los términos y condiciones del presente Aviso.

NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS

Olegario Castellanos Guzman

FECHA (dd/mm/aaaa): 11/12/2017

FIRMA:

Usted podrá ejercer su derecho de revocación de consentimiento, así como sus derechos ARCO para el Acceso a sus datos personales que MARSH posee, para obtener detalles sobre el tratamiento de los mismos, para Rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos, para Cancelarlos cuando considere que resulten ser excesivos o innecesarios para los fines que justificaron su obtención y para Oponerse al tratamiento de los mismos para fines específicos. Para dichos efectos, usted deberá enviar una solicitud en términos de lo establecido por la LFPDPPP al siguiente correo electrónico MexicoMarsh.datospersonales@Marsh.com, a fin de que MARSH pueda procesar su petición. En todos los casos en los que su solicitud sea procedente en términos de lo señalado por la LFPDPPP, la entrega de los datos personales será gratuita y usted deberá cubrir únicamente los gastos justificados por el envío o por el costo de reproducción en copias u otros formatos que se generen. Asimismo, MARSH pone a su disposición formularios y guías para facilitar el envío de las solicitudes descriptas, a través de la página web www.marsh.com.mx sección "Aviso de Privacidad".

Además del ejercicio de sus derechos de revocación o ARCO, usted podrá limitar el uso o divulgación de sus datos personales, mediante su inscripción en el Registro Público de Usuarios Personas Físicas (REUS), a cargo de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

MARSH en sus distintos sitios Web utiliza cookies para grabar la información de la sesión, tales como cotización o información específica sobre qué páginas visitó, pero dicha información es utilizada sobre una base anónima y agregada de tal manera que no podrá ser identificado en ella.

En los sitios de MARSH se puede emitir publicidad o la ejecución de funciones de terceros que envían cookies al equipo de computo de los usuarios. Mediante el uso de estas cookies no se identifica personalmente a los usuarios, únicamente a su equipo de computo.

Como usuario, usted podrá cambiar sus opciones a través de su equipo de cómputo o navegador de Internet para dejar de aceptar cookies, o bien, confirmar si las permite o rechaza. Sin embargo, en caso de que desactive las cookies podría no tener acceso a algunas de las funciones personalizadas de nuestros Sitios Web.

MARSH se reserva el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente Aviso, con el fin de atender novedades legislativas, políticas internas, nuevos requerimientos para la prestación de nuestros productos y servicios y para prácticas del mercado. Estas modificaciones estarán disponibles al público a través de nuestra página de Internet www.marsh.com.mx, sección "Aviso de Privacidad", por lo que le recomendamos que la visite periódicamente.

Para cualquier asunto relacionado con el presente Aviso, puede contactar a nuestro Departamento de Privacidad al teléfono +52 (55) 5999 4400 extensión 4585, o bien, al correo electrónico MexicoMarsh.datospersonales@Marsh.com

Fecha de última actualización del presente Aviso de Privacidad: septiembre de 2014.

Solicitud de Reclamación de Gastos Médicos Mayores



Lugar y fecha Guadalajara Jalisco 11 Dic 2017

Para facilitar los trámites de esta solicitud, por favor llénala con letra de molde y tinta negra. No será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

En este formato ponemos a tu disposición nuestro Aviso de Privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales o de tus beneficiarios.

1. Datos de quien contrató la Póliza

HCI Technologies México

Razón Social (solo en caso de póliza colectiva)

Nombre completo (solo en caso de póliza individual)

2. Datos del Asegurado titular

Olegario Castellanos Guzmán

Nombre completo del Asegurado titular

02001 M0035463 CAGX890317 FT8

Número de póliza Registro Federal de Contribuyentes del Asegurado titular

3. Datos del Asegurado afectado

Monserrat Martínez Felipe

Nombre completo del Asegurado afectado

0000051648739

Número de certificado

Valle del Maizal 1760, Jardines del Valle

Domicilio

971 140 0869

Teléfonos de contacto

Celular

Zapopan

Jalisco

45138

Ciudad

Estado

Código Postal

crazy20-candy@hotmail.com

Correo electrónico:

Parentesco con Asegurado titular: Mismo Hijo (a) Cónyuge Padre/Madre

Fecha de nacimiento

20 | 09 | 90

Día Mes Año

Ama de casa

Ocupación

Sexo: Femenino Masculino

México

País de Nacimiento

Mexicana

Nacionalidad(es)

4. Datos complementarios

¿Has tenido seguro de gastos médicos con otra compañía? Sí No

Compañía

Fecha inicio vigencia

Fecha fin vigencia

¿Actualmente tienes seguro de gastos médicos con otra compañía? Sí No

Compañía

Fecha inicio vigencia

Fecha fin vigencia

¿Has presentado gastos anteriores por este padecimiento en MetLife?

Sí No

Número de siniestro

¿Has presentado gastos anteriores por este padecimiento en otra compañía? Sí No Compañía

5. Información sobre la reclamación

Nota: En caso de marcar reembolso y reclamación subsecuente favor de llenar a partir del punto 4 únicamente.

Tipo de reclamación:

Ingreso hospitalario Programación de cirugía Reembolso

Primera reclamación Reclamación subsecuente Número de siniestro _____ (Llena en caso de reclamación subsecuente únicamente)

Menciona el motivo por el cual recibiste la atención médica: Accidente Enfermedad Embarazo

Fecha de primer visita al médico con motivo de la misma: **19 | 10 | 2017**
Día Mes Año

¿Qué estudios te fueron realizados? Laboratorio Patología Rayos "X"

Otros (especifica): Biopsia y microcolposcopía

Síntomas mostrados (sólo en caso de enfermedad): orjar y comezón

Clínica de colposcopia y laser Puerta de Hierro, Guadalajara

Hospital y ciudad en el que fue atendido

Número de días que estuvo hospitalizado

Únicamente en caso de accidente detalla lo siguiente

¿Cómo, cuándo y dónde ocurrió?

✓ Tomó conocimiento del accidente dejando evidencia, alguna autoridad competente? Sí Cita cuál _____ No

6. Información para el pago (llenar sólo en caso de solicitar reembolso)

Marca con una "x" los documentos que acompañan esta solicitud:

a) Informe Médico b) Facturas y/o Recibos de Honorarios (detallar a continuación)

Ejemplo:

Honorarios médicos (M)	Farmacias	
Número Factura / Recibo	Importe	Concepto
1335	3800	M
333	20512.14	H
1326	2500	O
405179095	2760.01	F
X03802276	353.50	F

Total reclamado \$ 35925.65

c) Detalla estudios que presentas (campo obligatorio): Se proporciona estudio de microcolonoscopia realizada en centro médico Puerta de Hierro, clínica de colonoscopia y lase Puerta de Hierro S.C.

Entrego la documentación antes relacionada para el trámite de la reclamación correspondiente, enterado de que la conclusión y/o liquidación será con base en las condiciones de la póliza del seguro.

Aviso importante para el (los) reclamante (s)

I. Conforme a los términos y condiciones del contrato de seguro celebrado y siempre que el siniestro que se reclama, se encuentre amparado por la misma, los honorarios de los médicos que pertenezcan al Grupo Médico Asociado (Red Médica), serán cubiertos por MetLife con base a los montos previamente convenidos con la Red Médica en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

II. Conforme a los términos y condiciones del contrato de seguro celebrado y siempre que el siniestro que se reclama, se encuentre amparado por la misma, los honorarios de los médicos que no pertenezcan al Grupo Médico Asociado (Red Médica), serán cubiertos por MetLife con un máximo del monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado, por lo que en caso de presentarse diferencias que excedan los montos establecidos, éstos no serán cubiertos

Enterado y conforme: Olegario Castellanos Guzmán 
Nombre y firma del Asegurado titular

7. Solicitud de pago

En caso de que el trámite sea realizado por un representante del Asegurado afectado, éste deberá, asegurarse de contar con la documentación adicional necesaria (ver instrucciones).

Entrego mi documentación en:

Enviar respuesta a: Mismo conducto entrega Otro (especifica):

El Asegurado titular es menor de edad: Sí No

En caso afirmativo favor de especificar a nombre de quién deberá ser expedido el pago:

Solicito pago por: Transferencia electrónica Cheque

(1lena adicionalmente punto 8)

8. Instrucción de pago por transferencia electrónica

Yo Gregorio Castellanos Guzmán, por así convenir a mis intereses, instruyo a MetLife México, S.A., para que el monto de suma asegurada que resulte procedente de esta reclamación y a la cual tenga derecho, me sea cubierto mediante depósito en la cuenta bancaria a mi nombre que tengo en la Institución bancaria Banamex, bajo el número de cuenta abajo mencionado, en el entendido de que al realizar MetLife México, S.A. el depósito de la cantidad correspondiente en la cuenta bancaria señalada, por ese simple hecho, le otorgo el finiquito más amplio que en derecho proceda derivado de la reclamación de suma asegurada que se formula; por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta compañía por los pagos/depósitos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe.

CLABE (1) 002180901854452313

PAGOMÁTICO BANAMEX (2) | | | | | | | | | | | | | | |

(1) La CLABE aparece en el estado de cuenta impreso o es proporcionada en cualquier sucursal de su banco, consta de 18 posiciones y se utiliza para transacciones interbancarias.

(2) El número que aparece al frente de la tarjeta PAGOMÁTICO BANAMEX

Importante: Es necesario que en la Cuenta CLABE o PAGOMÁTICO BANAMEX arriba señalada aparezca el Asegurado Titular como TITULAR o COTITULAR de la misma y firme en ella de forma independiente (no mancomunada) excepto que las condiciones de contratación establezcan un tratamiento distinto.

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el aviso de privacidad.

Olegario Castellanos Germán 

Nombre y firma del Asegurado titular

Aviso de Privacidad MetLife México, S.A.

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. MetLife México, S.A., ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho Número 32, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, México, Distrito Federal. **II. FINALIDADES.** Los datos personales que recabamos directamente de ti, de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de estas o de la relación que lleguemos a establecer, y que son necesarios para otorgarte servicios financieros relativos a la contratación de seguros o los que se deriven o sean accesorios de esta, los utilizamos para identificarte, evaluar tu solicitud de seguro, analizar riesgos, operar, administrar, dictaminar, tramitar tus siniestros, prevenir fraudes y cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos conforme a la legislación aplicable en materia de seguros; generar datos estadísticos; evaluar la calidad del servicio; y para fines secundarios al promocionarte nuestros productos o servicios financieros o de nuestras filiales, subsidiarias y partes relacionadas o al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales de identificación, laborales, académicos y migratorios; tus datos patrimoniales y financieros; y tus datos personales sensibles de salud y características físicas. **III. MEDIOS PARA EJERCER TUS DERECHOS.** Tienes derecho a acceder, rectificar, cancelar y oponerte al tratamiento de tus datos o puedes revocar el consentimiento que nos hayas otorgado, solicitándolo personalmente en nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada, en nuestros centros de servicio, que puedes ubicar en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx o enviando un correo a contacto@metlife.com.mx. El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad. **IV. LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE TUS DATOS.** Si deseas que tus datos no sean tratados con fines secundarios, al promocionarte productos o servicios financieros, puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad, en el vínculo de política de privacidad en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx, inscribirte en el Registro Público de Usuarios o tachando esta casilla **V. TRANSFERENCIA DE DATOS.** Podemos transferir tus datos a terceros nacionales o internacionales como dependencias, entidades o instancias gubernamentales para fines de Ley o por requerimiento de autoridad; a prestadores de servicios de salud para tramitar tus siniestros; a organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; a nuestras sociedades controladoras y casa matriz para la administración de tu seguro; y a nuestras subsidiarias, filiales y partes relacionadas para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial, si deseas oponerte a esta última transferencia, tacha esta casilla **VI. CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD.** Los cambios o actualizaciones a este aviso de privacidad están disponibles y puedes consultarlos periódicamente en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.

UNE DE METLIFE (Unidad Especializada de la Aseguradora)

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328-7000, lada sin costo 01800-00-METLIFE (638-5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Boulevard Manuel Ávila Camacho Número 32, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código Postal 11000 México, Distrito Federal.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, México, Distrito Federal o en su portal www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del 25 de noviembre de 2015 con el número CGEN-S0034-0221-2015. En tanto que la cláusula de Aviso de Privacidad se encuentra registrada bajo el registro número CGEN-S0034-0172-2015 de fecha 18 de agosto de 2015.

Instrucciones

Para requisitar esta solicitud deberás contar con la siguiente documentación:

a) Póliza de Gastos Médicos Mayores (credencial de Asegurado), recuerda que el número de póliza debe escribirse igual que en su credencial de Asegurado, Ejemplo 02001 218804.

b) Identificación oficial vigente del Asegurado titular y afectado. (solo en caso de presentar la reclamación por primera vez).

NOTA: En caso de menores de edad titulares, para efectos del pago se requiere contar con la identificación oficial vigente del contratante (solo en caso de ser póliza individual)

c) Informe médico por enfermedad o accidente de cada médico tratante.

En caso de presentar una reclamación de reembolso adicionalmente deberá anexar:

d) Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad, en caso de no coincidir el domicilio actual con tu credencial para votar (solo en caso de presentar la reclamación por primera vez y ser póliza individual).

e) Recibos y/o facturas que cumplan con los requisitos fiscales dictados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, expedidos a nombre del Asegurado titular o afectado dentro de la póliza, con los desgloses que amparen dichos comprobantes.

f) Copia de la interpretación de estudios realizados que se hayan utilizado para el diagnóstico de la enfermedad.

Únicamente a solicitud de MetLife será necesario presentar placas radiográficas, CD, ultrasonidos, etcetera.

Para el pago correspondiente a tu reclamación de pago que resulte procedente, mediante transferencia electrónica, deberás proporcionar en este formato la cuenta CLABE o PAGOMATICO BANAMEX invariablemente se deberá indicar en cada reclamación si deseas se continue con el pago en la misma cuenta.

En caso de reclamaciones subsecuentes, se deberá entregar el informe médico actualizado cuando exista cambio del médico tratante o si existe actualización del curso del padecimiento.

En caso de que el trámite sea realizado por un tercero, deberás presentar en adición a lo anterior:

1) Carta poder en original y copia, firmada por el Asegurado afectado o titular (otorgante), aceptante (tercero) y dos testigos. (La carta poder deberá tener una antigüedad menor a 3 meses).

2) Identificación oficial original del tercero (que acepta el poder) y testigos.

Ante cualquier duda o aclaración, ponemos a tu disposición los siguientes teléfonos:

Teléfono 5328 7000
01 800 00 638 5433

Comprobante de entrega de documentación anexa a la Solicitud de Reclamación de Gastos Médicos Mayores

Nota: Es importante que toda la información del presente comprobante sea completada. Lugar y fecha Gustavo A. Madero, D.F. 11 DIC 2017

Datos del Asegurado titular

Olegario Castellanos Guzmán

Nombre completo del Asegurado titular

02001 M0035463

Número de póliza

Datos del Asegurado afectado

Manserrat Martínez Felipe

Nombre completo del Asegurado afectado

0000051648739

Número certificado

Información sobre la reclamación

Tipo de reclamación:

Programación de cirugía

Reembolso

Ingreso hospitalario

Primera reclamación

Reclamación subsecuente

Número siniestro _____

Marque con una "x" los documentos entregados:

a) Informe Médico

b) Facturas y/o Recibos de Honorarios (detallar a continuación)

c) Estudios microscopio microscopio microscopio microscopio microscopio microscopio

Hospital (H)

Número Factura / Recibo	Importe	Concepto
333	26512.14	H

Honorarios médicos (M)

Número Factura / Recibo	Importe	Concepto
1325	3000	M
405179045	2760.01	F
X03802276	353.50	F

Farmacias (F)

Otros servicios (O)

Número Factura / Recibo	Importe	Concepto
1326	2500	O

Olegario Castellanos Guzmán

Nombre y firma del Asegurado titular

MetLife México, S.A

Informe Médico



En este formato ponemos a tu disposición nuestro Aviso de Privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales o de tus beneficiarios.
(Debe ser contestado por el Médico Tratante)

Nota: Es importante que todas las preguntas sean contestadas y que se dé información completa y detallada.

Lugar y fecha

ZAPOPAN JALISCO 08/12/17

I. Datos del Paciente

Nombre Completo: MARTINEZ FECIPE MONSERRAT.

27

Sexo

Edad

Femenino Masculino

Causa de reclamación

Accidente Enfermedad Embarazo

22-11-2017.

Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad / accidente / embarazo

II. Antecedentes Clínicos

Historia Clínica Breve:

Menstrivo de 27 AÑOS
INICIA CON ARDOR Y COMEZON 19/10/2017,
Se le realiza Biopsia el dia 26-10-2017
Reportando Displasia LEVE

Antecedentes Personales Patológicos:

Enfermedades propias de la infancia
~~apendicitis~~

Antecedentes Quirúrgicos:

Apendicetomia hace 8 años.
Biopsia de Moco 12g. Fibroadenoma.
cirugía laser PR miopía.

Antecedentes Gineco-Obstétricos:

G 1 P 0 A 0 C 1

Menstrua a los 12 años.

Mencione las afecciones más importantes que padeza el paciente aunque no tenga relación con la presente reclamación:

—

Si No

Nombre del otro médico

Especialidad

Teléfono

III. Padecimiento Actual

1) Principales signos y síntomas: ardor y comezón

19/10/2017.

Fecha en que iniciaron los primeros síntomas o signos

2) El padecimiento es: Congénito Adquirido

Con una evolución de: 1 a 30 Días 1 a 3 Meses 3 a 6 Meses 6 a 12 Meses Más de un año Más de dos años

Causa / etiología del padecimiento: 1VPH.

3) Estudios de laboratorio y gabinete practicados: Biopsia y Microscopio (se anexan)

Detallar resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete que demuestren el diagnóstico referido:

Biopsia
Microscopio para delimitar lesión (se anexan)

Aviso de Privacidad de MetLife

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. MetLife México, S.A., ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos skl, 14 al 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11000, México, D.F. **II. FINALIDADES.** Los datos personales que recabamos directamente de ti, de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de estas o de la relación que lleguemos a establecer, y que son necesarios para otorgarte servicios financieros relativos a la contratación de seguros o los que se deriven o sean accesorias de ésta, los utilizamos para evaluar tu solicitud de seguro, analizar riesgos, identificar, operar, administrar, dictaminar, tramitar tus siniestros, prevenir fraudes y cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos conforme a la Legislación aplicable en materia de Seguros; generar datos estadísticos; evaluar la calidad del servicio; y para fines secundarios al promocionarte nuestros productos o servicios financieros o de nuestras filiales, subsidiarias y partes relacionadas o al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales de identificación, laborales, académicos y migratorios; tus datos patrimoniales y financieros; y tus datos personales sensibles de salud y características físicas. **III. MEDIOS PARA EJERCER TUS DERECHOS.** Tienes derecho a acceder, rectificar, cancelar y oponerte al tratamiento de tus datos o puedes revocar el consentimiento que nos hayas otorgado solicitándolo personalmente en nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada, en nuestros Centros de Servicios, que puedes ubicar en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx o enviando un correo a contacto@metlife.com.mx. El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad. **IV. LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE TUS DATOS.** Si deseas que tus datos no sean tratados con fines secundarios, al promocionarte productos o servicios financieros, puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad, en el vínculo de política de privacidad en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx, inscribirte en el Registro Público de Usuarios o tachando esta casilla **V. TRANSFERENCIA DE DATOS.** Podemos transferir tus datos a terceros nacionales o internacionales como dependencias, entidades o instancias gubernamentales para fines de Ley o por requerimiento de Autoridad; a prestadores de servicios de salud para tramitar tus siniestros; a organizaciones del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; a nuestras sociedades controladoras y casa matriz para la administración de tu seguro; y a nuestras subsidiarias, filiales y partes relacionadas para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial, si deseas oponerte a esta última transferencia tacha esta casilla **VI. CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD.** Los cambios o actualizaciones a este Aviso de Privacidad están disponibles y puedes consultarlos periódicamente en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.

Padecimiento actual (continuación)

4) Impresión Diagnóstica: Displasia leve + I VPH.

Diagnóstico Definitivo: el mismo.

5) Indique el tratamiento y/o intervención quirúrgica: fotovaporización con láser CO2 en endocervix, exocervix, paredes vaginales, vena y peníse.

Descripción de la Técnica: Bajo VISIÓN colposcópica previa aplicación de xiglante 2%. spray En la Cervix se realiza fotovaporización en láser CO2 en el 1/3 de cervix, exocervix, paredes vaginales, vena y peníse, aplicación de argón fil.

Utilizó equipo especial para el procedimiento: No Si Detallar: Colposcopio, Laser, micromanipulador (se anexa)

Utilizó insumos y/o materiales para el procedimiento: No Si Detallar: (se anexa)

Complicaciones: _____

Mencione los nombres de los médicos que participaron en la intervención (Cirujano, ayudantes y anestesiólogo):

Dr. Santiago Barci Otero (cirujano)

6) Interconsultas

Nombre Interconsultante	Especialidad	Médico Red (Indicar Sí / No)	Fechas	Descripción breve de participación
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

7) Le fue practicado al paciente algún otro tx Médico

Si No

Nombre del Médico

Bueno

Especialidad

8) Estado actual del paciente:

Bueno

9) A la fecha el paciente continúa recibiendo tx Médico o en futuro:

Si No

¿Qué clase de tratamiento se encuentra en seguimiento?

3 años

Nombre de los Médicos participantes en el tratamiento y especialidad:

10) En caso de accidente, descripción breve del evento:

11) Fecha probable de alta o prealta: Mayo - 2018

IV. En caso de hospitalización

Clinica De Colposcopia y Laser Punta de Hierro

Nombre del hospital

08/12/17
Día Mes Año

Fecha de intervención quirúrgica
08/12/17
Día Mes Año

Fecha de alta
08/12/17
Día Mes Año

¿La enfermedad o lesión ocasionó invalidez? Si No

Parcial Total

Desde 08/12/17
Día Mes Año

Hasta 08/01/18
Día Mes Año

V. Datos del Médico Tratante

Nombre del Médico
Santiago García Otero.

Especialidad
Ginecólogo Colposcopista.

Domicilio
Av Empresarios 150-1006 1435724

GADSG00518775.

Teléfono
3331896404

Cédula Profesional

R.F.C.
sgyo@Hotmail.com.

Radio Bip y Celular

Correo Electrónico

VI. Datos complementarios

Tiene convenio con la Aseguradora (Campo obligatorio): Si No

Los honorarios de los médicos que pertenezcan al Grupo Médico Asociado (Red Médica), siempre que el siniestro se encuentre amparado por la póliza de seguro, serán cubiertos por MetLife, con base a los montos previamente convenidos con la Red Médica en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

*Acepto los tabuladores en el entendido de que relevo de cualquier pago complementario a la Aseguradora y el paciente por la presente cirugía y/o tratamiento.

Si No

Presupuesto de honorarios por tratamiento médico o quirúrgico:

\$

\$

\$

Cirujano

Ayudante (\$)

Anestesiólogo

Nombre completo del hospital donde se practica la cirugía

Entidad

Fecha exacta de la cirugía

Como médico tratante autorizó a los hospitales donde fue internado el paciente a que proporcionen a MetLife México, S.A, todos los informes que se refiere a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las Instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente Asegurado, como el expediente clínico que obra en mi poder.

Nota: MetLife México, S.A solo realiza pago vía transferencia electrónica. Si no ha realizado el trámite de alta en este esquema de pago, comuníquese al tel. 5328-9000 ext. 6073 y 6424 ó del Interior de la República 01-800-005-3287

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el Aviso de Privacidad.

Dr Santiago García Otero
Nombre y Firma del Médico Tratante

Nota: Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la Institución.

La cláusula de Aviso de Privacidad se encuentra registrada bajo el registro número CGEN-S0034-0127-2013 de fecha 5 de julio de 2013.



CLÍNICA de
COLPOSCOPIA y LASER S.C.
PUERTA DE HIERRO S.C.

**DECIMO PISO
DE LA TORRE ELITE**

- > DETECCION Y TRATAMIENTO VIRUS DE PAPILOMA
- > REJUVENECIMIENTO VAGINAL LASER
- > ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCION
- > COLPOSCOPIA DIAGNOSTICA
- > ENDOCERVICOSCOPIA
- > MICROCOLPOSCOPIA
- > ELECTROCIRUGIA
- > VACUNAS
- > LASER

NOTA QUIRURGICA

PACIENTE: MONSERRAT MARTINEZ FELIPE
CIRUJANO: DR SANTIAGO GARCIA Y OTERO

8 de diciembre de 2017

Bajo visión Colposcopica , previa nebulización con xylocaina al 2% y aplicación de emla ,se realiza FOTOVAPORIZACION CON LASER CO2, EXOCERVIX , ENDOCERVIX , FONDOS DE SACO , PAREDES VaginaLES VULVA Y PERINE . TIEMPO QUIRURGICO UNA HORA CINCUENTA MINUTOS

ATENTAMENTE

CLÍNICA DE
FIRMA DEL CIRUJANO
COLPOSCOPIA y LASER
DR SANTIAGO GARCIA Y OTERO
PUERTA DE HIERRO S.C.



CLÍNICA de
COLPOSCOPIA y LASER S.C.
PUERTA DE HIERRO S.C.

DECIMO PISO
DE LA TORRE ELITE

- > DETECCION Y TRATAMIENTO VIRUS DE PAPILOMA
- > REJUVENECIMIENTO VAGINAL LASER
- > ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCION
- > COLPOSCOPIA DIAGNOSTICA
- > ENDOCERVICOSCOPIA
- > MICROCOLPOSCOPIA
- > ELECTROCIRUGIA
- > VACUNAS
- > LASER

Dr. Santiago García y Otero

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio De Colposcopistas De Jalisco
Colegio Mexicano De Colposcopistas
Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.
Asociación Mexicana Del virus Del papiloma Humano
Federación Internacional De Microcolpohisteroscopia
Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia
UNAM DGP 1435724 CMGO 3846
MOBIL 0443331896404

Dra. Ma. Goriet Macías Tafolla

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio De Colposcopistas De Jalisco
Colegio Mexicano De Colposcopistas
Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.
Asociación Mexicana Del Virus Del Papiloma Humano
Federación Internacional De Microcolpohisteroscopia
Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia
U de G DGP 2310724
MOBIL 0443334400488

PACIENTE : MONSERRAT MARTINEZ FELIPE

FECHA : 8 de diciembre de 2017

POST LASER CO₂

- > CLENDIX DE 300 mg tomar una cada 8 hrs por 7 dias
- > TYLEX 750 tomar una cada 8 horas por 7 dias
- > ITALDERMOL ovulos aplicar uno diario por 21 dias a partir de hoy
- > ITALDERMOL crema aplicar 6 veces al dia después de ir al baño por 4 semanas (VULVA)
- > ADEKON AMPOLLETAS tomar una cada semana en medio vaso de jugo por 8 semanas
- > FOLIVITAL DE 4mg tomar 3 juntas al dia después de comer POR 3 AÑOS
- > CITA EN 6 SEMANAS concretarla al 38485504 / 13682060
- > URGENCIAS 3331896404





CLÍNICA de
COLPOSCOPIA y LASER S.C.

PUERTA DE HIERRO S.C.

**DECIMO PISO
DE LA TORRE ELITE**

> DETECCION Y TRATAMIENTO VIRUS DE PAPILOMA

> REJUVENECIMIENTO VAGINAL LASER

> ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCION

> COLPOSCOPIA DIAGNOSTICA

> ENDOCERVICOSCOPIA

> MICROCOLPOSCOPIA

> ELECTROCIRUGIA

> VACUNAS

> LASER

LISTA DE INSUMOS

FECHA : 8 de diciembre de 2017

Cirujano: DR SANTIAGO GARCIA OTERO

Paciente : MONSERRAT MARTINEZ FELIPE

Seguros: METLIFE

Lista de insumos del FOTOVAPORIZACION CON LASER CO2

RENTA DE EQUIPO LASER CO2	\$ 12,000.00
Micromanipulador	\$ 1,738.00
Renta de Colposcopio	\$ 2,900.00
Filtro Ulpa	\$ 1890.00
Evacuador de humos	\$ 1965.20
Guantes de cirujano desechables (3 Pares)	\$ 42.27
Cerillos de nitrato de plata	\$ 423.00
Xylocaina al 10%	\$ 512.30
adaptador de Evacuador de Humos	\$ 52.80
Xylocaina con Epinefrina	\$ 534.62
Paquete de 10 gasas de 10 x 10	\$ 65.30
Hisopos estériles 20	\$ 47.80
Argentafil crema	\$ 330.00
Emla de 30 grs	\$ 353.00

SUBTOTAL \$ 22,855.29
16 % iva \$3656 .85

TOTAL \$26,512.14



CLÍNICA DE
FIRMADO EN COLPOSCOPIA Y LASER
COLPOSCOPIA Y LASER
PUERTA DE HIERRO S.C.

Informe Anatomopatológico

Caso: C1702736

Fecha de Recepción: 2017-10-26

Paciente: Martínez Felipe Montserrat

Fecha de Informe: 2017-10-30

Fecha de nacimiento: Edad:27

Sexo:

Solicita Dr.(a): Gómez Orozco, Saulo

Datos Clínicos:

NE

Dx Clínico:

PB LEIBG

ESTUDIO CITOLÓGICO

Descripción Macroscópica

Se recibe una muestra de citología convencional; el frotis se tiñe con el método de Papanicolaou.

Descripción Microscópica

El frotis analizado muestra celularidad satisfactoria con presencia de células cilíndricas endocervicales.

Las células escamosas provienen de las capas: intermedia (60%) y superficial (40%).

Se identifican cambios inflamatorios inespecíficos, crecimiento nuclear acentuado, hipercromasia nuclear y naranjofilia intensa. Dichos cambios sugieren infección por virus del papiloma humano. Hay eritrocitos en el fondo.

En células endocervicales hay metaplasia escamosa.

Entremezclado hay exudado inflamatorio compuesto por leucocitos polimorfonucleares (++) .

La flora contiene bacilos (++) . Hongos: negativo. Parásitos: negativo.

DIAGNÓSTICO

+ LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO. CERVICITIS AGUDA MODERADA.

Nota: *Se recomienda seguimiento clínico.

NEGATIVO

ANORMALIDADES DE CÉLULAS ESCAMOSAS:

CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS

- De significado indeterminado ASC-US

- No se puede excluir HSIL (ASC-H)

LSIL (HPV/dysplasia leve/NIC1)

X

HSIL (dysplasia moderada y severa/NIC 2 y NIC3)

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

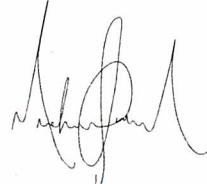
ANORMALIDADES GLANDULARES

CÉLULAS GLANDULARES ATÍPICAS

ADENOCARCINOMA IN SITU

ADENOCARCINOMA

OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS



José Ramón Homs Toache

Anatomopatólogo

7256838-9537626

6

CLÍNICA de
COLPOSCOPIA y LASER S.C.
PUERTA DE HIERRO S.C.

**DECIMO PISO
DE LA TORRE ELITE**

> DETECCION Y TRATAMIENTO VIRUS DE PAPILOMA

- > REJUVENECIMIENTO VAGINAL LASER
- > ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCION
- > COLPOSCOPIA DIAGNOSTICA
- > ENDOCERVICOSCOPIA
- > MICROCOLPOSCOPIA
- > ELECTROCIRUGIA
- > VACUNAS
- > LASER

Dr. Santiago García y Otero

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio De Colposcopistas De Jalisco

Colegio Mexicano De Colposcopistas

Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.

Asociación Mexicana Del virus Del papiloma Humano

Federación Internacional De Microcolpohiperoscopia

Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia

UNAM DGP 1435724 CMGO 3846

MOVIL 0443331896404 NEXTEL 37196316

Dra. Ma. Goriet Macías Tafolla

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio De Colposcopistas De Jalisco

Colegio Mexicano De Colposcopistas

Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.

Asociación Mexicana-Del Virus Del Papiloma Humano

Federación Internacional De Microcolpohiperoscopia

Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia

U de G DGP 2310724

MOVIL 044333400488 NEXTEL 37196312

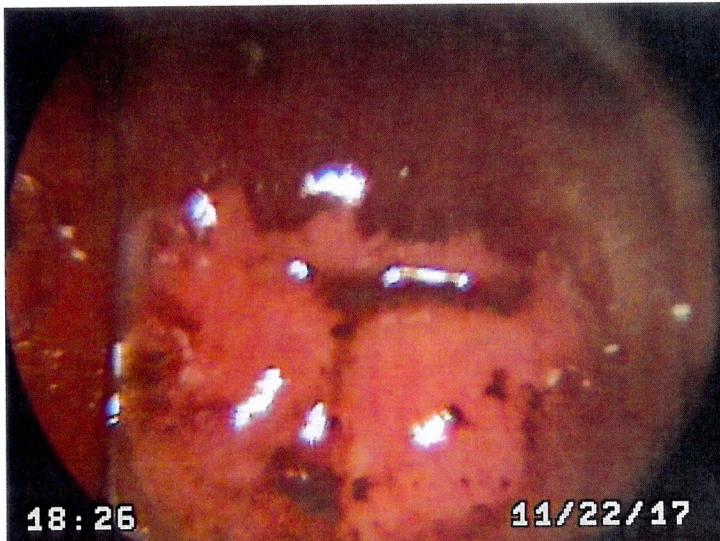
MICROCOLPOSCOPIA

PACIENTE : MONSERRAT MARTINEZ FELIPE

MEDICO TRATANTE : DR . SANTIAGO GARCIA Y OTERO

FECHA : 22 de noviembre de 2017

Bajo vision MICROCOLPOSCOPICA y ENDOCERVICOSCOPIA , se observa : COILOCITOSIS SUPERFICIAL , LESION DE BAJO GRADO



Atrofia

Metaplasia escamosa inmadura

Metaplasia escamosa madura

IVPH

Lesión de Bajo Grado

Lesión de Alto Grado

Cáncer intraepitelial

CLÍNICA de
COLPOSCOPIA y LASER S.C.

PUERTA DE HIERRO S.C.

**DECIMO PISO
DE LA TORRE ELITE**

> DETECCION Y TRATAMIENTO VIRUS DE PAPILOMA

> REJUVENECIMIENTO VAGINAL LASER

> ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCION

> COLPOSCOPIA DIAGNOSTICA

> ENDOCERVICOSCOPIA

> MICROCOLPOSCOPIA

> ELECTROCIRUGIA

> VACUNAS

> LASER

Dr. Santiago García y Otero

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio De Colposcopistas De Jalisco

Colegio Mexicano De Colposcopistas

Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.

Asociación Mexicana Del virus Del papiloma Humano

Federación Internacional De Microcolpoisteroscopia

Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia

UNAM DGP 1435724 CMGO 3846

MOVIL 0443331896404 NEXTEL 37196316

Dra. Ma. Goriet Macías Tafolla

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio De Colposcopistas De Jalisco

Colegio Mexicano De Colposcopistas

Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.

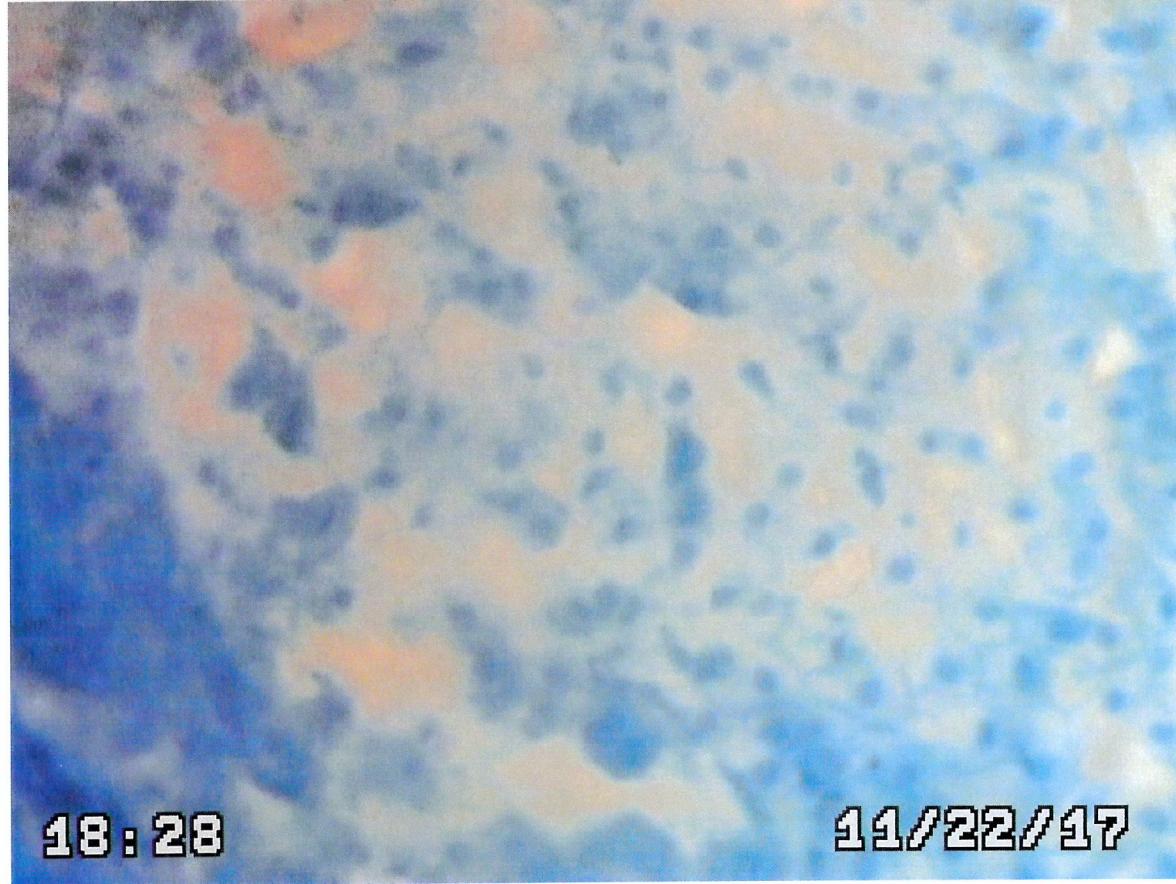
Asociación Mexicana Del Virus Del Papiloma Humano

Federación Internacional De Microcolpoisteroscopia

Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia

U de G DGP 2310724

MOVIL 0443334400488 NEXTEL 37196312



CLÍNICA de
COLPOSCOPIA y LASER S.C.

PUERTA DE HIERRO S.C.

**DECIMO PISO
DE LA TORRE ELITE**

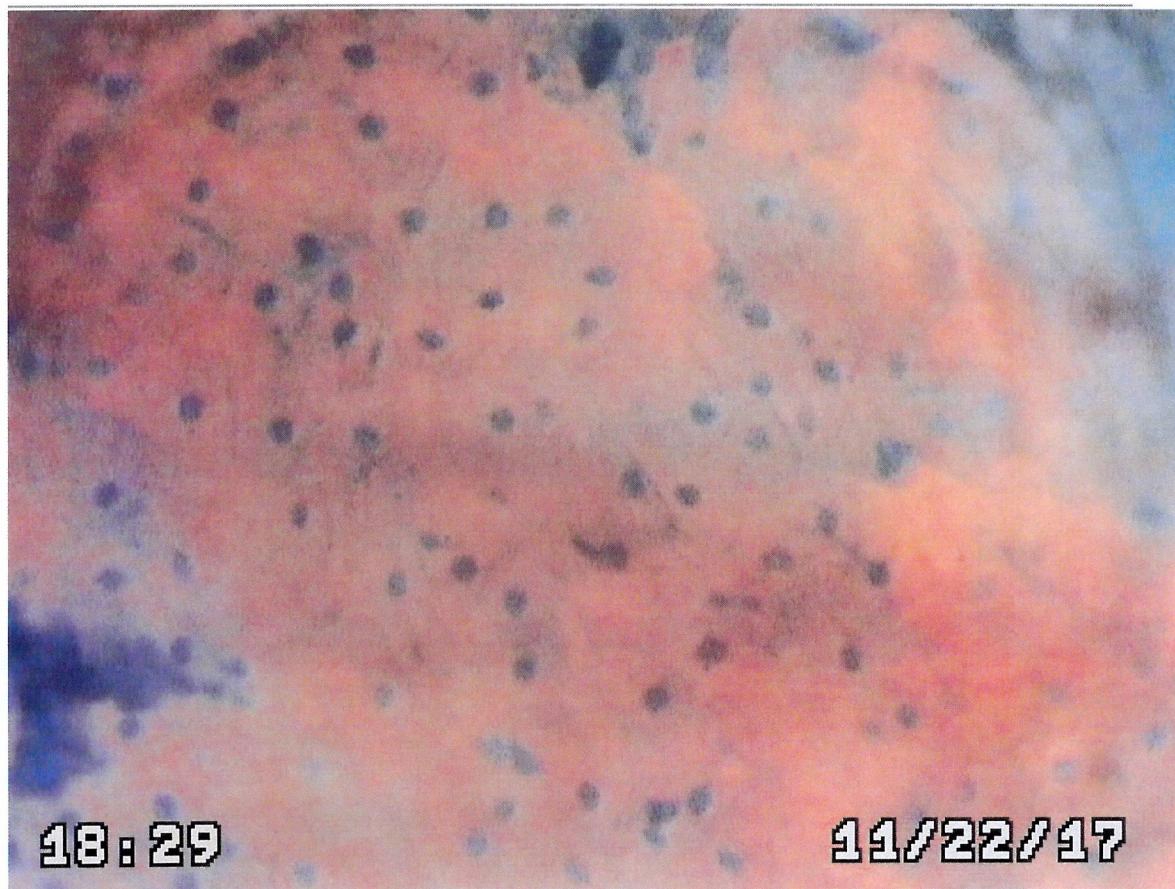
- > DETECCION Y TRATAMIENTO VIRUS DE PAPILOMA
- > REJUVENECIMIENTO VAGINAL LASER
- > ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCION
- > COLPOSCOPIA DIAGNOSTICA
- > ENDOCERVICOSCOPIA
- > MICROCOLPOSCOPIA
- > ELECTROCIRUGIA
- > VACUNAS
- > LASER

Dr. Santiago García y Otero

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA
Colegio De Colposcopistas De Jalisco
Colegio Mexicano De Colposcopistas
Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.
Asociación Mexicana Del virus Del papiloma Humano
Federación Internacional De Microcolpolisteroscopia
Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia
UNAM DGP 1435724 CMGO 3846
MOVIL 0443331396404 NEXTEL 37196316

Dra. Ma. Goriet Macías Tafolla

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA
Colegio De Colposcopistas De Jalisco
Colegio Mexicano De Colposcopistas
Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.
Asociación Mexicana Del Virus Del Papiloma Humano
Federación Internacional De Microcolpolisteroscopia
Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia
U de G DGP 2310724
MOVIL 0443334400488 NEXTEL 37196312



Av. Empresarios # 150 Torre Elite Decimo Piso Centro Médico Puerta De Hierro. Zapopan Jalisco

38485504 / 13682060 / 38484000 ext. 4267/5504/2060

www.clinicadedisplasiaspuertadehierro.com

CLÍNICA de
COLPOSCOPIA y LASER S.C.

PUERTA DE HIERRO S.C.

**DECIMO PISO
DE LA TORRE ELITE**

> DETECCION Y TRATAMIENTO VIRUS DE PAPILOMA

> REJUVENECIMIENTO VAGINAL LASER

> ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCION

> COLPOSCOPIA DIAGNOSTICA

> ENDOCERVICOSCOPIA

> MICROCOLPOSCOPIA

> ELECTROCIRUGIA

> VACUNAS

> LASER

Dr. Santiago García y Otero

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio De Colposcopistas De Jalisco

Colegio Mexicano De Colposcopistas

Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.

Asociación Mexicana Del virus Del papiloma Humano

Federación Internacional De Microcolpolisteroscopia

Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia

UNAM DGP 1435724 CMGO 3846

MOVIL 0443331896404 NEXTEL 37196316

Dra. Ma. Goriet Macías Tafolla

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio De Colposcopistas De Jalisco

Colegio Mexicano De Colposcopistas

Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.

Asociación Mexicana Del Virus Del Papiloma Humano

Federación Internacional De Microcolpolisteroscopia

Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia

U-de G DGP 2310724

MOVIL 0443334400488 NEXTEL 37196312





CLÍNICA de
COLPOSCOPIA y LASER S.C.

PUERTA DE HIERRO S.C.

**DECIMO PISO
DE LA TORRE ELITE**

- > DETECCION Y TRATAMIENTO VIRUS DE PAPILOMA
- > REJUVENECIMIENTO VAGINAL LASER
- > ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCION
- > COLPOSCOPIA DIAGNOSTICA
- > ENDOCERVICOSCOPIA
- > MICROCOLPOSCOPIA
- > ELECTROCIRUGIA
- > VACUNAS
- > LASER

Dr. Santiago García y Otero

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio De Colposcopistas De Jalisco

Colegio Mexicano De Colposcopistas

Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.

Asociación Mexicana Del virus Del papiloma Humano

Federación Internacional De Microcolpolísteroscopia

Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia

UNAM DGP 1435724 CMGO 3846

MOVIL 0443331896404 NEXTEL 37196316

Dra. Ma. Goriet Macías Tafolla

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio De Colposcopistas De Jalisco

Colegio Mexicano De Colposcopistas

Colegio De Patología Del Tract. Genital Inf.

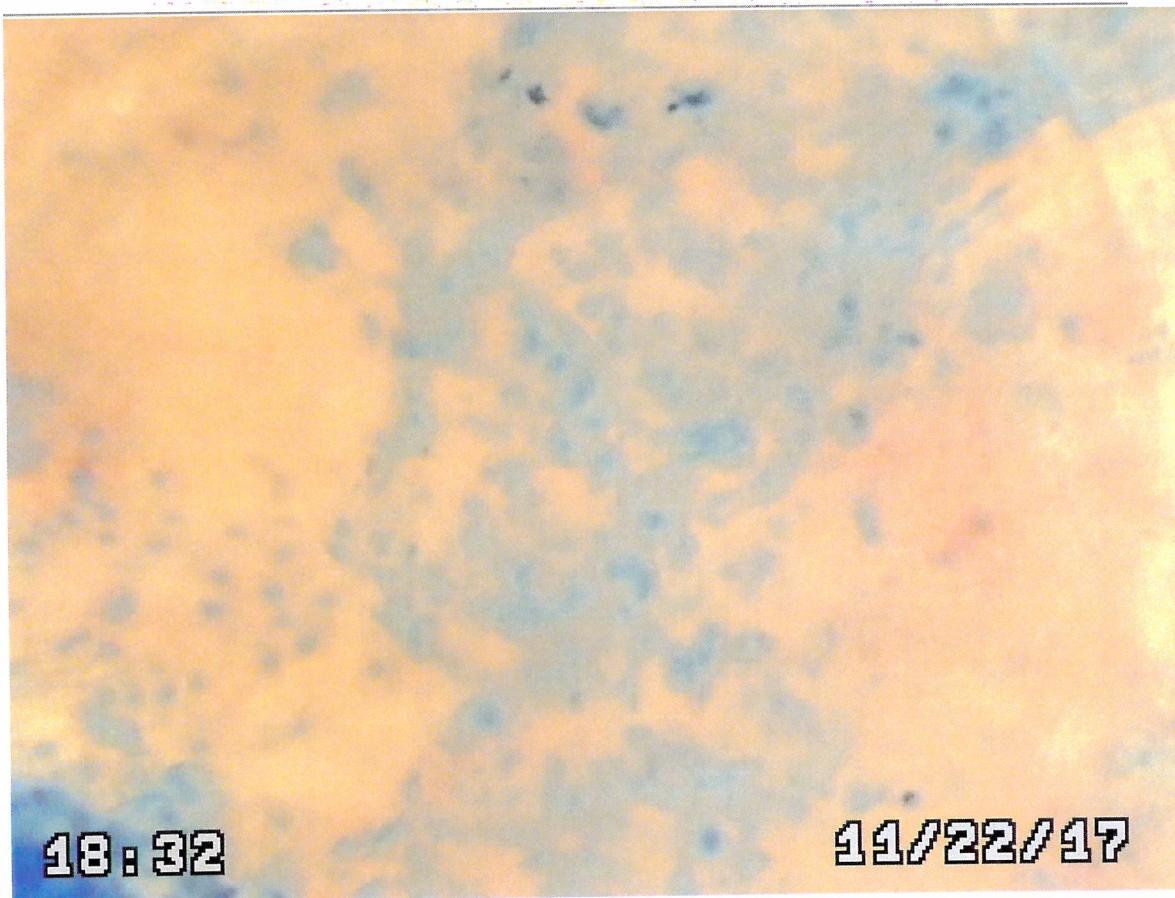
Asociación Mexicana Del Virus Del Papiloma Humano

Federación Internacional De Microcolpolísteroscopia

Consejo Mexicano De Ginecología y Obstetricia

U de G DGP 2310724

MOVIL 0443334400488 NEXTEL 37196312



DIAGNOSTICO MICROCOLPOSCOPICO : COILOCITOSIS SUPERFICIAL ,LESION DE BAJO GRADO

SE SUGIERE : LASER CO2 (YA EXISTE BIOPSIA)

DR SANTIAGO GARCIA Y OTERO
CLINICA DE

Av. Empresarios # 150 Torre Elite **COLPOSCOPIA Y LASER** Centro Médico Puerta De Hierro Zapopan Jalisco
38485504 / 13682060 / 38484000 ext. 4267/5504/2060
PUERTA DE HIERRO S.C.
www.clinicadecolposciaspuertadehierro.com

Suc. 681 FUENTES BROTANTES,CD
 AVE. INSURGENTES SUR # 3976
 TLALPAN CENTRO
 14000 TLALPAN, CIUDAD DE MEXICO

00090474

El Banco Nacional de México**PERFIL EJECUTIVO**

GAT Nominal antes de impuestos	No Aplica
GAT Real antes de impuestos	No Aplica
Interés aplicable o rendimientos	\$0.00
Comisiones efectivamente cobradas	\$0.00
La GAT real es el rendimiento que obtendría después de descontar la inflación estimada	

OLEGARIO CASTELLANOS GUZMAN
 CALLE SUR 66 NUM 20 MZ 65 LT9
 NUEVO PASEO DE SAN AGUSTIN
 EJ
55130 ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MEXICO C.R. 55541

La fecha de corte es la indicada después de la leyenda "ESTADO DE CUENTA AL ". Salvo que expresamente se determine otra moneda, todas las cifras contenidas en el estado de cuenta se encuentran denominadas en Pesos Moneda Nacional.

Su estado de cuenta contiene información de los siguientes productos y servicios:

RESUMEN GENERAL

PRODUCTO/SERVICIO	CONTRATO	SALDO ANTERIOR	SALDO AL 24/AGO/2017
Perfil Ejecutivo	93213209695	\$2,983.33	\$19,029.05
CLABE Interbancaria	002180901854452313		
Domiciliación BANAMEX			

CUENTA PERFILES / PERFIL EJECUTIVO

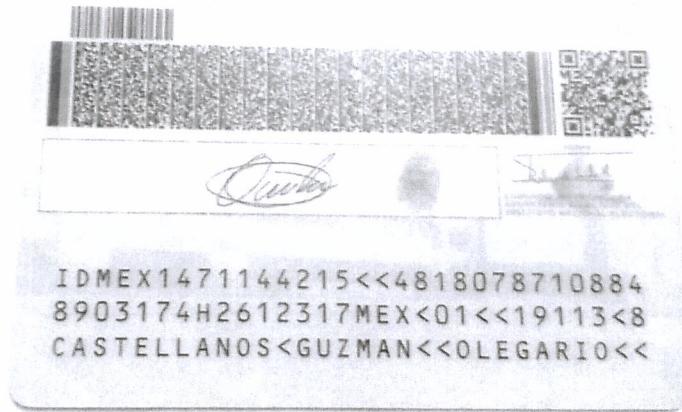
RESUMEN DEL 25/JUL/2017 AL 24/AGO/2017
 CONTRATO 93213209695

Saldo Anterior	\$2,983.33
(+) 6 Depósitos	\$54,608.20
(-) 96 Retiros	\$38,562.48
SALDO AL 24 DE AGOSTO DE 2017	
EN EL PERIODO	\$19,029.05
Saldo Promedio	\$13,604.03
Días Transcurridos	31
EN EL AÑO	

RESUMEN POR MEDIOS DE ACCESO

Tarjeta 5256781901420591
 Cheques 9018 5445231

RETIROS	DEPOSITOS
\$23,683.08	\$1,800.00
\$14,879.40	\$52,808.20



Factura	
FOLIO:	333
FECHA:	9/12/2017 13:44:37
Documento Válido	

CLINICA DE COLPOSCOPIA Y LASER PUERTA DE HIERRO SC

R.F.C.: CCL110119NS8
AV. EMPRESARIOS No. 150 Int. No. 1006 PUERTA DE HIERRO, ZAPOPAN 45116 ZAPOPAN JALISCO MEXICO

Lugar de Expedición: AV. EMPRESARIOS 150 1006, PUERTA DE HIERRO, 45116, ZAPOPAN, ZAPOPAN, JALISCO, MEXICO
Régimen: REGIMEN GENERAL DE LEY PERSONAS MORALES

CLIENTE:	OLEGARIO CASTELLANOS GUZMAN		
R.F.C.:	CAGX890317FT8		
DOMICILIO:	CALLE SUR 66 No. 20		
COLONIA:	SEGUNDA SECCION DE NUEVO PASEO DE SAN AGUSTIN	C.P.:	55130
CIUDAD:	Ecatepec de Morelos	ESTADO:	México
PAÍS:	México	TELÉFONO:	

Cantidad	Unidad	Concepto / Descripción	Valor Unitario	Importe
1.00	NO APLICA	RENTA DE EQUIPOS E INSUMOS	22,855.29	22,855.29

PACIENTE: MONSERRAT MARTINEZ FELIPE

Importe con letra VEINTISEIS MIL QUINIENTOS DOCE PESOS 14/100 M.N. Método de Pago NA	SUBTOTAL: 22,855.29 I.V.A.: 3,656.85 TOTAL: 26,512.14
---	---



Este documento es una representación impresa de un CFDI *Efectos fiscales al pago *PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION *Impuesto retenido de conformidad con la ley de impuesto al valor agregado	
Serie del Certificado del emisor:	00001000000302564746
Folio fiscal:	68381926-BA58-473F-ABF1-F13261B24400
No de Serie del Certificado del SAT:	00001000000404486074
Fecha y hora de certificación:	Diciembre 9 2017 - 13:44:39

Sello digital del CFDI BFomG7qXdGT91mF5AXhJhjca17wGr0qg6GfwVpHO/dg4jFPXicZ7ltW8ZDmGO5VbNAtqW141+beBd7QDBi+He Y9614G96EjRexESy743DnMMPEZeNLDe5Y+fC7FSakr3bjlvA3S7zOSgLR+Y0et1eKzV/a6ad02SQyNN8j2A=

Sello del SAT gv8Pbevr/gzulrRohkIYOGIHU4XemibC1+RCjjlDb5DS09fZ3g1YY1CK4lgAoYyYUSxw0f4/GIq2Hx2 b/V9L8LIBlyRiRPbhZlHd7qZPafviKgRN7+v0EaAGO1JDeVYmBFnksXj8n/oBKv/9hXlXd2NwC1tEmT bp/5b8L25Q3sApNE0nVt/KsGm6TxYg07Gh6n0S85ulvsrbzHO62/2gFlfbFmDSDgEJwks7/yi/1Xuw 4vlvd9FjvytFz/C01iQSDh0WDm70/E+PLcwHDhA4hzzeGu2LtfVX5saeOHEZaOMB2ubVnUENveb6FQ6s 2JD0LXMLp9bZQpazxlgljkQ==
--

Cadena original del complemento de certificación digital del SAT

||1.0|68381926-BA58-473F-ABF1-F13261B24400|2017-12-09T13:44:39|BFomG7qXdGT91mF5A
XhJHjca17wGrc0qg6GfwVpHO/dg4jFPXicZ7ltM8ZDmGO5VbNAtqW141+beBd7QDBi+HeY9614G96EjR
exESy743DnMMPEZeNLDe5Y+fC7FSakr3bjlvA3S7zOSgLR+Y0et1eKzV/a6ad02SQ8yNN8j2A=|0000
1000000404486074||

Factura	
FOLIO:	1326
FECHA:	29/11/2017 20:37:58
Documento Válido	

SANTIAGO RAFAEL GARCIA OTERO

R.F.C.: GAOS600518775
AVENIDA LA CALMA No. 4990 Int. No. C LA CALMA, ZAPOPAN 45070 ZAPOPAN JALISCO MEXICO

Lugar de Expedición: AVENIDA LA CALMA 4990 C, LA CALMA, 45070, ZAPOPAN, ZAPOPAN, JALISCO, MEXICO
Régimen: REGIMEN DE LAS PERSONAS FISICAS CON ACTIVIDADES EMPRESARIALES Y PROFESIONALES.

CLIENTE:	OLEGARIO CASTELLANOS GUZMAN
R.F.C.:	CAGX890317FT8
DOMICILIO:	CALLE SUR 66 No. 20
COLONIA:	SEGUNDA SECCION DE NUEVO PASEO DE SAN AGUSTIN
CIUDAD:	Ecatepec de Morelos
PAÍS:	México
	ESTADO: México
	TELÉFONO:

Cantidad	Unidad	Concepto / Descripción	Valor Unitario	Importe
1.00	No aplica	MICROCOLPOSCOPIA	2,500.00	2,500.00

PACIENTE: MONSERRAT MARTINEZ FELIPE

Importe con letra	SUBTOTAL: 2,500.00
DOS MIL QUINIENTOS PESOS 00/100 M.N.	I.V.A.: 0.00
Método de Pago	RET 3% RTP.: 0.00
Tarjeta de Débito	TOTAL: 2,500.00



Este documento es una representación impresa de un CFDI
*Efectos fiscales al pago
*PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION
*Impuesto retenido de conformidad con la ley de impuesto al valor agregado
*No. De Cuenta de pago:

Serie del Certificado del emisor:	0000100000301874467
Folio fiscal:	EA91CC42-783F-4761-9F67-BEAB8FDA6E5B
No de Serie del Certificado del SAT:	0000100000404486074
Fecha y hora de certificación:	Noviembre 29 2017 - 20:38:00

Sello digital del CFDI
Elhpggh2/GCRcRfwReD00MirZYcaCTb1DtNhqKeKiuX4Kb7xK7GocxqLEBgS1YK08YL PUB/Rw9xMNmc11AmkGJDoBNXHPsH2o ryPyHENN/9Hj9v0Wsh5LTpeqqMLqHf1trOVbNuAmUcbDRsx/CDUh8jKiLXModbzUTxfAW79ew=

Sello del SAT
YwI9LMhOPA3CUTn4cHaYv53LwyGub9TwyC4FZNof0ELLD7tklclOuyiUViqFdzlrhMgFAv59FcBYyAsZ Qp1meRUQVNaqgV8f9ciMZflkbxIy09U/rMiYqmnNuBy/xv4II1YYH8noMoBj03W6oC0CCW/J08wHKTIn QK3sW4TGuDWmpBlyn9tyqvqpdjs7Lv+KAIIx/W2R5X5atAwCsHH/+DdR1tu0940J3cfCBMD1HScfK a1PJTUl70WKB1qTqviAh7nVEeVMqtL6Uxu5eFiQgoRPTXYBN9MQOGI02np90ZN281DZXB2bhJqJ+yfa p5Kz99L0CYn1dGwkzPCGsQ==

Cadena original del complemento de certificación digital del SAT
1.0 EA91CC42-783F-4761-9F67-BEAB8FDA6E5B 2017-11-29T20:38:00 Elhpggh2/GCRcRfwRe D00MirZYcaCTb1DtNhqKeKiuX4Kb7xK7GocxqLEBgS1YK08YL PUB/Rw9xMNmc11AmkGJDoBNXHPsH2o ryPyHENN/9Hj9v0Wsh5LTpeqqMLqHf1trOVbNuAmUcbDRsx/CDUh8jKiLXModbzUTxfAW79ew= 0000 100000404486074

Factura	
FOLIO:	1335
FECHA:	11/12/2017 10:07:25
Documento Válido	

SANTIAGO RAFAEL GARCIA OTERO

R.F.C.: GAOS600518775
AVENIDA LA CALMA No. 4990 Int. No. C LA CALMA, ZAPOPAN 45070 ZAPOPAN JALISCO MEXICO

Lugar de Expedición: AVENIDA LA CALMA 4990 C, LA CALMA, 45070, ZAPOPAN, ZAPOPAN, JALISCO, MEXICO
Régimen: REGIMEN DE LAS PERSONAS FISICAS CON ACTIVIDADES EMPRESARIALES Y PROFESIONALES.

CLIENTE:	OLEGARIO CASTELLANOS GUZMAN		
R.F.C.:	CAGX890317FT8		
DOMICILIO:	CALLE SUR 66 No. 20		
COLONIA:	SEGUNDA SECCION DE NUEVO PASEO DE SAN AGUSTIN	C.P:	55130
CIUDAD:	Ecatepec de Morelos	ESTADO:	México
PAÍS:	México	TELÉFONO:	

Cantidad	Unidad	Concepto / Descripción	Valor Unitario	Importe
1.00	No aplica	HONORARIOS MEDICOS CIRUJANO (DE LA APLICACION DE LASER CO2)	3,800.00	3,800.00

PACIENTE: MONSERRAT MARTINEZ FELIPE

Importe con letra	SUBTOTAL:	3,800.00
TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS 00/100 M.N.	I.V.A.:	0.00
Método de Pago	RET 3% RTP.:	0.00
Efectivo	TOTAL:	3,800.00



Este documento es una representación impresa de un CFDI
*Efectos fiscales al pago
*PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION
*Impuesto retenido de conformidad con la ley de impuesto al valor agregado
*No. De Cuenta de pago:

Serie del Certificado del emisor:	0000100000301874467
Folio fiscal:	953AB65B-6F01-4A6B-B2ED-D3E289CFAF15
No de Serie del Certificado del SAT:	0000100000404486074
Fecha y hora de certificación:	Diciembre 11 2017 - 10:07:31

Sello digital del CFDI
PXM9BdjgoFM2qfQXtKlXeTNTbzmiRR1YMWzETISJ0mKcap20sNL9RkPn|OBCCxGteM1J8dmx134|N4W2m95R5F
m5NjdoPxqWxdflN9Nc6fi0+0pACqQTbsNLfEPtt89atCmnbxElcJQPJMl5LrD0ldKaQKTeCVyh66i1vVp93ig=

Sello del SAT
Ey50KxYN+o7l3eR1X1Dhjvp6hwXTNawlEM5jS2TFVAyZr1Gcv4yMFnxLW9YCUdeiKnJwID6MWQ0xug
glVrrpZ7R6mEw+o6PnllokIXQWY6jwlSzpe1yc+hkxxre|MzOyQ1CTKf4kCPSmfWX+Qwjb3mY/9WKE4
IfGjcRa7AKa6n8CQvwDT5R8l/Ml005gXcEowvnh0qHnC9ViYXKWLsHy9PmkUv8jqx05o+5BnvuhAYbX
NqLhBBEGs5K4BePeQrgAk04PVuxEjsPASPUUknYuD0H2SvGP/zc93AI7f5Q2UGvZ64VxNzY2ktjyu
xHF41QvQIn469ny/OVwakg==

Cadena original del complemento de certificación digital del SAT
||1.0|953AB65B-6F01-4A6B-B2ED-D3E289CFAF15|2017-12-11T10:07:31||PXM9BdjgoFM2qfQXt
KlXeTNTbzmiRR1YMWzETISJ0mKcap20sNL9RkPn|OBCCxGteM1J8dmx134|N4W2m95R5Fm5NjdoPxqWx
dN9Nc6fi0+0pACqQTbsNLfEPtt89atCmnbxElcJQPJMl5LrD0ldKaQKTeCVyh66i1vVp93ig=j000
1000000404486074||

centro médico
puerta
de
hierro

CLÍNICA de
COLPOSCOPIA Y LASER
PUERTA DE HIERRO S.C.

Paciente: Monserrat Martínez

Fecha: 22-11-2017

DECIMO PISO
DE LA TORRE ELITE

- Rejuvenecimiento Vaginal Láser
- Atroscopia de Alta Resolución
- Microcolposcopia
- Colposcopía Diagnóstica
- Endocervicoscopia
- Electrocirugía
- Vacunas
- Láser

- flexionar Dues Ovulos
aplicar 1 diaño x 7días

* evita el laser *

Dr. Santiago García y Otero

GINECOLOGO COLPOSCOPISTA

Colegio Mexicano de Colposcopistas

Federación Internacional Latinoamericana de Láser

Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia

UNAM DGP 1435724 CMGO 3846

CEL: 0443331896904

3848-5504 / 1368-2060 / 3843-4000 ext. 4267/2060/5504

Dra. Ma. Goriet Macías Tafolla

GINECOLOGA COLPOSCOPISTA

Colegio Mexicano de Colposcopistas

Federación Internacional Latinoamericana de Láser

Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia

U de G DGP 2310724 CED. ESR: 4896537

CEL: 0443334400488



COMERCIALIZADORA FARMACEUTICA DE CHIAPAS, S.A. PI DE C.V.

R.F.C: CFC110121742

AV. BAJA CALIFORNIA 255 EDIF. A PISO 14, COL. HIPODROMO , CUAUHTEMOC, C.P. 06100,
CIUDAD DE MEXICO, MEXICO

NOMBRE	OLEGARIO CASTELLANOS GUZMAN
R.F.C.	CAGX890317FT8
DIRECCIÓN:	SUR 66 20, COL. SAN AGUSTIN , ECATEPEC DE MORELOS, C.P. 55130, CIUDAD DE MEXICO, MEXICO
EXPEDIDO EN:	PATRIA 2088, COL. SANTA ISABEL , ZAPOPAN, C.P. 45110, JALISCO, MEXICO
RÉGIMEN FISCAL:	601-General de Ley Personas Morales

FOLIO FISCAL:
57DFFC41-7638-4EE1-AB3C-1249D0A22D81
NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL SAT:
00001000000405179095
FECHA Y HORA DE CERTIFICACION:
08 DE DIC DE 2017 T 20:16:57
NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL EMISOR:
00001000000405211907
LUGAR, FECHA Y HORA DE EMISION:
JALISCO, MEXICO A 08 DE DIC DE 2017 T 20:16:57
HOJA 1 DE 1

CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	IEPS Cuota Fija	IEPS %	IVA
1.00	PROMOCION 100+100	0.01	0.01			
1.00	ADEKON ORAL 5X3ML AMP 0022 MP 0022	127.00	127.00			
1.00	CLENDIX 300 MG ORAL 21 CAP 9911	466.00	466.00			
1.00	FOLIVITAL 4 MG ORAL 90 TAB 3348	191.00	191.00			
1.00	TYLEX 750 MG ORAL 20 TAB 9016	148.00	148.00			
2.00	ITALDERMOL 30 G TOP CRA 0991	310.00	620.00			
4.00	ITALDERMOL 600/40MG VAG 6 OV 1035	302.00	1,208.00			

RESUMEN FACTURACIÓN	TOTAL	IMPORTE TOTAL CON LETRA
SUBTOTAL IVA 0.0000%	2,760.01	DOS MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS 01/100 MXN
IEPS 0.0%	0.00	
CUOTA FIJA 0.0%	0.00	
IVA 0.0000%	0.00	
TOTAL	2,760.01	

METODO DE PAGO: 04

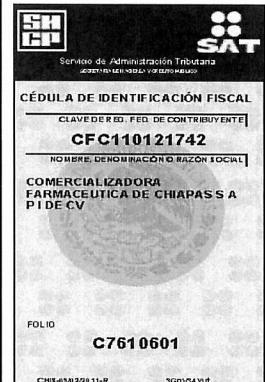
NÚMERO DE CUENTA: 8296

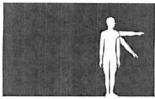
SELLO DIGITAL DEL EMISOR: ZsvpYZ3bMN3iwgTjKpwh87cMSpcSojwu9YXQ2OHEF1J8w8r1o
 WxsfoUkUbDoPPwEGsZkSDc5zhEWAkhyTy274UqZjxD5kudAAmrfl1uyfNFOE2cY1rqmdJbx0qa8HGuWF9omwsHVmOu+bVafk/bf6QgMN
 exX/jfhohUDtG6USlxv4x5VgSuull7VhFl5taeM8624BQQS1yt7UjrZDIM/9v+OfpDaC0QBTEOwrVmhyraTuh85cNhB0VjldzmDUn0WpxsNRqf
 NrSfLdy+U0aYyPG8508bn2HTWPGNj444gd+218xjdCMvlqdCdLvrLByRyLINf6Y/YtwiBESDEg==

SELLO DIGITAL DEL SAT: cAoCE4XID4jPpHUD2fcf8SkGmSgvfDrVHb3mVdnUf78A38i
 xzjnccf10PF5jJVMMHds67An3xdIBZERRZdBjewZLPclq0SUSePA5etylPb6frXOB+8njXHpnRsQ12g2Cmb9q0buCtzKVNxacM/8eTmaRLfYk
 QgmzTKw0mkR+EnSPWQomYkDipOdUGYMWbMvYjyb9EyWkZPwOf3vO17HlBQh19SwQa2sClzSBuWlOrRcld7WVdmYhGc+igTU2kLw1S
 nd6coy7nM2R+ufvQWVP3bj5j4Dp9y8JL/N6KikbU61Pz9QAtzRPKYsgAf+91CSZEmE/34ZT0kpU4veA==

CADENA ORIGINAL DEL COMPLEMENTO DE CERTIFICACION DIGITAL DEL SAT:

||1.0|57DFFC41-7638-4EE1-AB3C-1249D0A22D81|2017-12-08T20:16:57|ZsvpYZ3bMN3iwgTjKpwh87cMSpcSojwu9YXQ2OHEF1J8w8r1oWx
 sfOUkUbDoPPwEGsZkSDc5zhEWAkhyTy274UqZjxD5kudAAmrfl1uyfNFOE2cY1rqmdJbx0qa8HGuWF9omwsHVmOu+bVafk/bf6QgMNex
 Xj/jfhohUDtG6USlxv4x5VgSuull7VhFl5taeM8624BQQS1yt7UjrZDIM/9v+OfpDaC0QBTEOwrVmhyraTuh85cNhB0VjldzmDUn0WpxsNRqfNr
 NsLdy+U0aYyPG8508bn2HTWPGNj444gd+218xjdCMvlqdCdLvrLByRyLINf6Y/YtwiBESDEg==|00001000000405179095|





**farmacias
benavides**

Regimen Fiscal: REGIMEN GENERAL DE LEY PERSONA MORAL

AV. FEDERALISTAS 1615 1
JARDINES DEL VALLE
ZAPOPAN JALISCO
45138

COMPROBANTE FISCAL DIGITAL

Farmacias Benavides S.A.B. de C.V.
R.F.C. FBE9110215Z3
Av. Fundadores No. 935
Valle del Mirador
Monterrey, Nuevo Leon C.P.64750

FACTURA

Folio Fiscal:
d88b38be-50bc-4c5a-99f1-0598784a2b30
Nº Certificado CSD: 00001000000401664541

Nº de Serie del Cert. del SAT:
00001000000405999912
Fecha y Hora de Certificación:
22/11/2017 07:39:26p. m.
Folio Interno: X0380 2276

VENDIDO A:

EXPEDIDO EN:

NOMBRE: OLEGARIO CASTELLANOS GUZMAN	AV. FEDERALISTAS 1615 1
DIRECCION: SUR 66 LOTE 9 20 NUEVO PASEO DE SAN AGUSTIN	JARDINES DEL VALLE
CIUDAD: ECATEPEC DE MORELOS	ZAPOPAN JALISCO
ESTADO EDO. MEX.	45138
C.P.:55130	

FECHA

22/11/2017 19:39:15

R.F.C. DEL CLIENTE

CAGX890317FT8

CANTIDAD	DESCRIPCION	Unidad de Medida	PRECIO UNITARIO	TOTAL
CAJA: 2				
TICKET: 1	470786 TREXEN DUO C/7 OVULOS	PIEZAS	353.50	353.50
	353.50 0.00%			
Este CFDI hace referencia a los Tickets: 70003802470786				



LOS PRODUCTOS E IMPORTES DETALLADOS EN LA PRESENTE FACTURA CORRESPONDEN A LA VENTA DE CONTADO DEL DIA 22 MES 11 AÑO 2017
SE EXPIDE A SOLICITUD DEL CLIENTE CON DATOS DEL DOMICILIO PROPORCIONADOS POR EL

IMPORTE CON LETRA:
(TRES CIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS 50/100 M.N.)
PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION

SUB-TOTAL	353.50
IVA	0.00
TOTAL	353.50

Método de Pago:28

Cuenta de Pago:8296

SELLO DIGITAL CFDI

H4QcGDyP7UEGKNTVWhC7t9QdQSVZl6e0BbRve0U4Q24tHxjzx0gu63b9qqLPi8m/xqkfU7OSKSGEt5hM0MQK8+ouTCIWB7z5lo
xbWvNDVMM5MmQiFIUwwdK2GrD6Ok3Mp8fS4ZnLHu5JmZRq3dvhET12kAkraq7hA+Vvk3oOjc3nsryi0JTgyDqCKJ/xovgVAz
BeETDBdgDqwNta2i8Qfb05OffH0G/F/zcZbCriQLeNdVYHoRxlpBR8qeW6ZO6IGfk9t0mn4iHDNOuweJqLhCBo+LHRBS0o6p
e2LEW79ZjbTrzUgDCGVNa/FxLmCPYqudmzDxcQxyHzxY3kw==

SELLO DIGITAL SAT

Znb2/deNeRSEzfj2zQbnl6+SKlbQWnMgrvAho8RQuIlZgXIV2s6QUqxISBtlZkv3+jWqvco+oZ7tjWoCDu8EtGNuO2a83JAE7EQv
EByr3GJBsnIQR089TxEkgnk59DlozmqrLJwC6pu6SyG/IaQjsSMGYvrmqVEBxdRP5wPiJxHGPiGwWpqWxF1BgNgacAyZJTJ1z
kRf+R/gHT6oHirhmJsoKcqejV2isnGbIt77G0xWz48yQbHe0fm9YXsaaZsleLr+8u5NjlCiw1zOXTx3AzdSzcdpesCXIDoQkQj6t1/mp
1bXdDSGJ0AZWDn+zOSbkhFuxxGxjmiY5syLuUT3OCg==

CADENA ORIGINAL COMPLEMENTO CERTIFICACIÓN DIGITAL SAT

|||0jd88b38be-50bc-4c5a-99f1-0598784a2b30|2017-11-22T19:39:26|H4QcGDyP7UEGKNTVWhC7t9QdQSVZl6e0BbRve0U4Q24tHxjzx0gu63b9qqLPi8m/xqkfU7OSKSGEt5hM0MQK8+ouTCIWB7z5lo
xbWvNDVMM5MmQiFIUwwdK2GrD6Ok3Mp8fS4ZnLHu5JmZRq3dvhET12kAkraq7hA+Vvk3oOjc3nsryi0JTgyDqCKJ/xovgVAz
BeETDBdgDqwNta2i8Qfb05OffH0G/F/zcZbCriQLeNdVYHoRxlpBR8qeW6ZO6IGfk9t0mn4iHDNOuweJqLhCBo+LHRBS0o6p
e2LEW79ZjbTrzUgDCGVNa/FxLmCPYqudmzDxcQxyHzxY3kw==|00001000000405999912|||

Este documento es una representación impresa de un CFDI

Página 1 de 1