

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	432933 / 2
----------	-----------------------------	--------	------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	08/12/2025 DD MM AAAA	Hora:	23:23:01 HRS
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.			RFC:	OHA051017KE7R		
Nombre del Paciente:	SANCHEZ VILLASANA GERARDO			Parentesco con el Asegurado:	TITULAR		
Fecha de Nacimiento:	01/08/1967 DD MM AAAA	Edad:	58 AÑOS	Sexo:	MASCULINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD
Diagnóstico:	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCID			ICD:	D37.4		
Tratamiento:	COLONOSCOPIA, FLEXIBLE, PROXIMAL AL ANGULO ESPLENICO; CON BIOPSIA, UNICA O MULTIPLE			CPT:	45380		
Médico Tratante:	BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA			Red:	NO	Staff:	NO
				Endoso:	NO		
Tipo de Siniestro:	INICIAL	No. Siniestro:	00025028017	Ramo:	1036		

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.:	100713	Vigencia:	31/12/2025 DD MM AAAA	Identificado con:	ID SEGURO	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2024 DD MM AAAA	Certificado No.:	-----61335	-	0	No. del SubGrupo:	1
Contratante:	SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION			Titular:	SANCHEZ VILLASANA GERARDO		

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$	50,000.00
Cargo a Cuenta del Asegurado	Cantidad con Letra: CINCUENTA MIL PESOS 0/100 MN.
Deducible: \$	8,598.65
	Cantidad con Letra: OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS 65/100 MN.
Coaseguro:	0.00 %
	% correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)
Coaseguro Hon: \$	0.00
	Cantidad con Letra: CERO PESOS 0/100 MN.
Observaciones:	PROCEDE SINIESTRO INICIAL POR ENFERMEDAD. APLICA DEDUCIBLE 2.5 UMAM, SIN COASEGURO PARA VALORAR AUMENTO DE SUMA Y TABULACIÓN DE HM, FAVOR DE ENVIAR INFORME MÉDICO DE LA DRA. ORTIZ Y EL DR. JIMÉNEZ, NOTA POSTQUIRÚRGICA, REPORTE DE PATOLOGÍA, NOTAS MÉDICAS Y EDO DE CTA ACTUALIZADO.

Esta carta tiene validez de treinta días naturales a partir de la fecha de emisión.

SE EXCLUYEN GASTOS PERSONALES, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS NO RELACIONADOS EN REFERENCIA. ESTA CARTA PUEDE SER INVALIDADA AL REALIZAR PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO.

Autorización válida siempre y cuando los costos sean los negociados con el proveedor y dentro del G.U.A. para el padecimiento cubierto y/o tratamiento autorizado.

Lugar y Fecha:	MONTERREY, NUEVO LEÓN, A JUEVES 11 DICIEMBRE 2025 17:49:54 HRS.
----------------	---

Médico Dictaminador	Asegurado y/o Familiar	Recibe Hospital
Departamento de Indemnizaciones Gastos Médicos Mayores.		
Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte		
ANDREA ESTRADA ROMERO		HOSPITAL ANGELES LONDRES
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **432933 / 4**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **08/12/2025** Hora: **23:01:00 HRS**
DD MM AAAA

Nombre Fiscal: **OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.** RFC: **OHA051017KE7R**

Nombre del Paciente: **SANCHEZ VILLASANA GERARDO** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **01/08/1967** Edad: **58 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCID** ICD: **D37.4**

Tratamiento: **COLONOSCOPIA, FLEXIBLE, PROXIMAL AL ANGULO ESPLENICO; CON BIOPSIA, UNICA O MULTIPLE** CPT: **45380**

Médico Tratante: **BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **25028017** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100713** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **ID** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----61335 - 0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION** Titular: **SANCHEZ VILLASANA GERARDO**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **300,000.00**

Cargo a Cuenta del Asegurado Cantidad con Letra: **TRESCIENTOS MIL PESOS 0/100 MN.**

Deducible: \$ **0.00** Cantidad con Letra: **CERO PESOS 0/100 MN.**

Coaseguro: **0.00 %** % correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)

Coaseguro Hon: \$ **0.00** Cantidad con Letra: **CERO PESOS 0/100 MN.**

Observaciones: **CARTA COMPLEMENTO. AUMENTO DE SUMA.**

Esta carta tiene validez de treinta días naturales a partir de la fecha de emisión.

SE EXCLUYEN GASTOS PERSONALES, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS NO RELACIONADOS EN REFERENCIA. ESTA CARTA PUEDE SER INVALIDADA AL REALIZAR PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO.

Autorización válida siempre y cuando los costos sean los negociados con el proveedor y dentro del G.U.A. para el padecimiento cubierto y/o tratamiento autorizado.

Lugar y Fecha: **MONTERREY, NUEVO LEÓN, A MARTES 16 DICIEMBRE 2025 19:15:09 HRS.**

Médico Dictaminador Asegurado y/o Familiar Recibe Hospital

Departamento de Indemnizaciones Gastos Médicos Mayores.

Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte

JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO **HOSPITAL ANGELES LONDRES**

Nombre y Firma Nombre y Firma Nombre y Firma

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	432933 / 5
----------	-----------------------------	--------	------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	08/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Hora:	23:01:00 HRS
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.			RFC:	OHA051017KE7R		
Nombre del Paciente:	SANCHEZ VILLASANA GERARDO			Parentesco con el Asegurado:	TITULAR		
Fecha de Nacimiento:	01/08/1967 <small>DD MM AAAA</small>	Edad:	58 AÑOS	Sexo:	MASCULINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD
Diagnóstico:	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCID			ICD:	D37.4		
Tratamiento:	COLONOSCOPIA, FLEXIBLE, PROXIMAL AL ANGULO ESPLENICO; CON BIOPSIA, UNICA O MULTIPLE			CPT:	45380		
Médico Tratante:	BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA			Red:	NO	Staff:	NO
				Endoso:	NO		
Tipo de Siniestro:	INICIAL	No. Siniestro:	25028017	Ramo:	1036		

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.:	100713	Vigencia:	31/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Identificado con:	ID	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2024 <small>DD MM AAAA</small>	Certificado No.:	-----61335	-	0	No. del SubGrupo:	1
Contratante:	SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION			Titular:	SANCHEZ VILLASANA GERARDO		

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$	31,780.06
Cargo a Cuenta del Asegurado	Cantidad con Letra: TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS 06/100 MN.
Deducible: \$	0.00
	Cantidad con Letra: CERO PESOS 0/100 MN.
Coaseguro:	0.00 %
	% correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)
Coaseguro Hon:	\$0.00
	Cantidad con Letra: CERO PESOS 0/100 MN.
Observaciones:	CARTA COMPLEMENTO AUMENTO DE SUMA, PARA AUMENTO DE SUMA FIANL FAVOR DE COMPARTIR REPORTE DE RESULTADOS DE PATOLOGÍA. BITÁCORA DE TRANSFUSIÓN. DESVIOS AL MOMENTO: TERMOMETRO, TRANSPORE, PROTECTOR, INFALET, MEDIA TED, FENOTIPO, GRUPO ABO Y RH, PRUEBA DE COMPATIBILIDAD, ESTERICIDE.

Esta carta tiene validez de treinta días naturales a partir de la fecha de emisión.

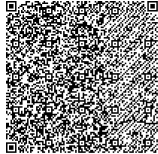
SE EXCLUYEN GASTOS PERSONALES, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS NO RELACIONADOS EN REFERENCIA. ESTA CARTA PUEDE SER INVALIDADA AL REALIZAR PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO.

Autorización válida siempre y cuando los costos sean los negociados con el proveedor y dentro del G.U.A. para el padecimiento cubierto y/o tratamiento autorizado.

Lugar y Fecha:	MONTERREY, NUEVO LEÓN, A MARTES 16 DICIEMBRE 2025 19:19:39 HRS.
----------------	---

Médico Dictaminador	Asegurado y/o Familiar	Recibe Hospital
Departamento de Indemnizaciones Gastos Médicos Mayores.		
Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte		
JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO		HOSPITAL ANGELES LONDRES
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	432933 / 6
----------	-----------------------------	--------	------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN									
Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	08/12/2025	DD MM AAAA	Hora:	23:23:01 HRS	
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.			RFC:	OHA051017KE7R				
Nombre del Paciente:	SANCHEZ VILLASANA GERARDO			Parentesco con el Asegurado:	TITULAR				
Fecha de Nacimiento:	01/08/1967	Edad:	58 AÑOS	Sexo:	MASCULINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD		
DD MM AAAA									
Diagnóstico:	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCID			ICD:	D37.4				
Tratamiento:	COLECTOMIA, PARCIAL: CON ANASTOMOSIS			CPT:	44140				
Médico Tratante:	BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA			Red:	NO	Staff:	NO	Endoso:	NO
Tipo de Siniestro:	INICIAL	No. Siniestro:	25028432	Ramo:	1036				

DATOS DE LA PÓLIZA							
Póliza No.:	101613	Vigencia:	31/12/2025	Identificado con:	ID	Estatus:	EN VIGOR
DD MM AAAA							
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2024	Certificado No.:	-----61335	-	0	No. del SubGrupo:	50
DD MM AAAA							
Contratante:	SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION			Titular:	SANCHEZ VILLASANA GERARDO		

HONORARIOS MÉDICOS			
Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	45,000.00
BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA	44140	Cantidad con Letra:	CUARENTA Y CINCO MIL PESOS 0/100 MN.
	99281		
	99261		
CIRUJANO			

Observaciones: SE TABULAN HONORARIOS MEDICOS POR CONSULTA DE URG, SUBSECUENTES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EL 12.12.2025 DR BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA Y EQUIPO QX. DE ACUERDO CON EL TABULADOR. VPO DR JOSE GPE ORTIZ MEDINA.

Esta carta tiene validez de treinta dias naturales a partir de la fecha de emision.

SE EXCLUYEN GASTOS PERSONALES, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS NO RELACIONADOS EN REFERENCIA. ESTA CARTA PUEDE SER INVALIDADA AL REALIZAR PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO.

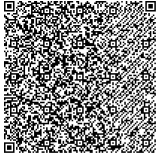
Autorización válida siempre y cuando los costos sean los negociados con el proveedor y dentro del G.U.A. para el padecimiento cubierto y/o tratamiento autorizado.

Lugar y Fecha: MONTERREY, NUEVO LEÓN, A MARTES 16 DICIEMBRE 2025 19:31:02 HRS.

Médico Dictaminador
Departamento de Indemnizaciones Gastos Médicos Mayores.
Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte
JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO
Nombre y Firma

SET-04-04-80

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS



Oficina: CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio: 432933 / 7

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: HOSPITAL ANGELES LONDRES

Estado: ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO

Fecha de Ingreso: 08/12/2025

DD MM AAAA

Hora: 23:23:01 HRS

Nombre Fiscal: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.

RFC: OHA051017KE7R

Nombre del Paciente: SANCHEZ VILLASANA GERARDO

Parentesco con el Asegurado: TITULAR

Fecha de Nacimiento: 01/08/1967

DD MM AAAA

Edad: 58 AÑOS

Sexo: MASCULINO

Causa de Internamiento: ENFERMEDAD

Diagnóstico: TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCID

ICD: D37.4

Tratamiento: COLECTOMIA, PARCIAL: CON ANASTOMOSIS

CPT: 44140

Médico Tratante: BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA

Red: NO

Staff: NO

Endoso: NO

Tipo de Siniestro: INICIAL

No. Siniestro: 25028432

Ramo: 1036

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: 101613

Vigencia: 31/12/2025

DD MM AAAA

Identificado con: ID

Estatus: EN VIGOR

Fecha de Alta de la Póliza: 31/12/2024

DD MM AAAA

Certificado No.: -----61335

- 0

No. del SubGrupo: 50

Contratante: SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION

Titular: SANCHEZ VILLASANA GERARDO

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ 7,320.00
AYUDANTE	44140	Cantidad con Letra: SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS 0/100 MN.
AYUDANTE		

Observaciones: SE TABULAN HONORARIOS MEDICOS POR CONSULTA DE URG, SUBSECUENTES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EL 12.12.2025 DR BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA Y EQUIPO QX. DE ACUERDO CON EL TABULADOR. VPO DR JOSE GPE ORTIZ MEDINA.

Esta carta tiene validez de treinta dias naturales a partir de la fecha de emision.

SE EXCLUYEN GASTOS PERSONALES, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS NO RELACIONADOS EN REFERENCIA. ESTA CARTA PUEDE SER INVALIDADA AL REALIZAR PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO.

Autorización válida siempre y cuando los costos sean los negociados con el proveedor y dentro del G.U.A. para el padecimiento cubierto y/o tratamiento autorizado.

Lugar y Fecha: MONTERREY, NUEVO LEÓN, A MARTES 16 DICIEMBRE 2025 19:31:02 HRS.

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

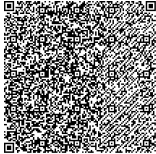
Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte

JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO

Nombre y Firma

SET-04-04-80

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS



Oficina: CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio: 432933 / 8

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: HOSPITAL ANGELES LONDRES

Estado: ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO

Fecha de Ingreso: 08/12/2025

DD MM AAAA

Hora: 23:23:01 HRS

Nombre Fiscal: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.

RFC: OHA051017KE7R

Nombre del Paciente: SANCHEZ VILLASANA GERARDO

Parentesco con el Asegurado: TITULAR

Fecha de Nacimiento: 01/08/1967

DD MM AAAA

Edad: 58 AÑOS

Sexo: MASCULINO

Causa de Internamiento: ENFERMEDAD

Diagnóstico: TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCID

ICD: D37.4

Tratamiento: COLECTOMIA, PARCIAL: CON ANASTOMOSIS

CPT: 44140

Médico Tratante: BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA

Red: NO

Staff: NO

Endoso: NO

Tipo de Siniestro: INICIAL

No. Siniestro: 25028432

Ramo: 1036

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: 101613

Vigencia: 31/12/2025

DD MM AAAA

Identificado con: ID

Estatus: EN VIGOR

Fecha de Alta de la Póliza: 31/12/2024

DD MM AAAA

Certificado No.: -----61335

- 0

No. del SubGrupo: 50

Contratante: SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION

Titular: SANCHEZ VILLASANA GERARDO

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	10,980.00
ANESTESIOLOGIA	44140	Cantidad con Letra:	DIEZ MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS 0/100 MN.
ANESTESIOLOGO			

Observaciones: SE TABULAN HONORARIOS MEDICOS POR CONSULTA DE URG, SUBSECUENTES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EL 12.12.2025 DR BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA Y EQUIPO QX. DE ACUERDO CON EL TABULADOR. VPO DR JOSE GPE ORTIZ MEDINA.

Esta carta tiene validez de treinta dias naturales a partir de la fecha de emision.

SE EXCLUYEN GASTOS PERSONALES, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS NO RELACIONADOS EN REFERENCIA. ESTA CARTA PUEDE SER INVALIDADA AL REALIZAR PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO.

Autorización válida siempre y cuando los costos sean los negociados con el proveedor y dentro del G.U.A. para el padecimiento cubierto y/o tratamiento autorizado.

Lugar y Fecha: MONTERREY, NUEVO LEÓN, A MARTES 16 DICIEMBRE 2025 19:31:02 HRS.

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte

JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO

Nombre y Firma

SET-04-04-80

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	432933 / 9
----------	-----------------------------	--------	------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN												
Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	08/12/2025	DD MM AAAA	Hora:	23:23:01 HRS				
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.						RFC:	OHA051017KE7R				
Nombre del Paciente:	SANCHEZ VILLASANA GERARDO						Parentesco con el Asegurado:	TITULAR				
Fecha de Nacimiento:	01/08/1967	Edad:	58 AÑOS	Sexo:	MASCULINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD					
DD MM AAAA												
Diagnóstico:	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCID						ICD:	D37.4				
Tratamiento:	COLECTOMIA, PARCIAL: CON ANASTOMOSIS						CPT:	44140				
Médico Tratante:	BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA						Red:	NO	Staff:	NO	Endoso:	NO
Tipo de Siniestro:	INICIAL		No. Siniestro:	25028432				Ramo:	1036			

DATOS DE LA PÓLIZA							
Póliza No.:	101613	Vigencia:	31/12/2025	Identificado con:	ID	Estatus:	EN VIGOR
DD MM AAAA							
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2024	Certificado No.:	-----61335	-	0	No. del SubGrupo:	50
DD MM AAAA							
Contratante:	SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION				Titular:	SANCHEZ VILLASANA GERARDO	

HONORARIOS MÉDICOS			
Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	3,660.00
2DO AYUDANTE	44140	Cantidad con Letra:	TRES MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS 0/100 MN.
2do AYUDANTE			

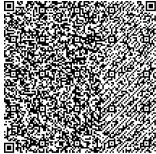
Observaciones:	SE TABULAN HONORARIOS MEDICOS POR CONSULTA DE URG, SUBSECUENTES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EL 12.12.2025 DR BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA Y EQUIPO QX. DE ACUERDO CON EL TABULADOR. VPO DR JOSE GPE ORTIZ MEDINA.
----------------	--

Esta carta tiene validez de treinta dias naturales a partir de la fecha de emision.	
SE EXCLUYEN GASTOS PERSONALES, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS NO RELACIONADOS EN REFERENCIA. ESTA CARTA PUEDE SER INVALIDADA AL REALIZAR PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO.	
Autorización válida siempre y cuando los costos sean los negociados con el proveedor y dentro del G.U.A. para el padecimiento cubierto y/o tratamiento autorizado.	

Lugar y Fecha:	MONTERREY, NUEVO LEÓN, A MARTES 16 DICIEMBRE 2025 19:31:02 HRS.
<div>Médico Dictaminador</div> <div>Departamento de Indemnizaciones</div> <div>Gastos Médicos Mayores.</div> <div>Seguros Banorte, S.A. de C.V.</div> <div>Grupo Financiero Banorte</div> <div>JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO</div> <div>Nombre y Firma</div>	

SET-04-04-80

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS



Oficina: CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio: 432933 / 10

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: HOSPITAL ANGELES LONDRES

Estado: ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO

Fecha de Ingreso: 08/12/2025

DD MM AAAA

Hora: 23:23:01 HRS

Nombre Fiscal: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.

RFC: OHA051017KE7R

Nombre del Paciente: SANCHEZ VILLASANA GERARDO

Parentesco con el Asegurado: TITULAR

Fecha de Nacimiento: 01/08/1967

DD MM AAAA

Edad: 58 AÑOS

Sexo: MASCULINO

Causa de Internamiento: ENFERMEDAD

Diagnóstico: TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCID

ICD: D37.4

Tratamiento: COLECTOMIA, PARCIAL: CON ANASTOMOSIS

CPT: 44140

Médico Tratante: BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA

Red: NO

Staff: NO

Endoso: NO

Tipo de Siniestro: INICIAL

No. Siniestro: 25028432

Ramo: 1036

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: 101613

Vigencia: 31/12/2025

DD MM AAAA

Identificado con: ID

Estatus: EN VIGOR

Fecha de Alta de la Póliza: 31/12/2024

DD MM AAAA

Certificado No.: -----61335

- 0

No. del SubGrupo: 50

Contratante: SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION

Titular: SANCHEZ VILLASANA GERARDO

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	1,800.00
JOSE GUADALUPE ORTIZ MEDINA	99261	Cantidad con Letra:	UN MIL OCHOCIENTOS PESOS 0/100 MN.
CONSULTA(S) MEDICA(S)			

Observaciones: SE TABULAN HONORARIOS MEDICOS POR CONSULTA DE URG, SUBSECUENTES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EL 12.12.2025 DR BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA Y EQUIPO QX. DE ACUERDO CON EL TABULADOR. VPO DR JOSE GPE ORTIZ MEDINA.

Esta carta tiene validez de treinta dias naturales a partir de la fecha de emision.

SE EXCLUYEN GASTOS PERSONALES, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS NO RELACIONADOS EN REFERENCIA. ESTA CARTA PUEDE SER INVALIDADA AL REALIZAR PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO.

Autorización válida siempre y cuando los costos sean los negociados con el proveedor y dentro del G.U.A. para el padecimiento cubierto y/o tratamiento autorizado.

Lugar y Fecha: MONTERREY, NUEVO LEÓN, A MARTES 16 DICIEMBRE 2025 19:31:02 HRS.

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

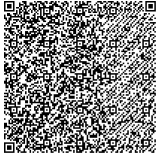
Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte

JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO

Nombre y Firma

SET-04-04-80

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS



Oficina: CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio: 432933 / 11

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: HOSPITAL ANGELES LONDRES

Estado: ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO

Fecha de Ingreso: 08/12/2025

DD MM AAAA

Hora: 23:01:00 HRS

Nombre Fiscal: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.

RFC: OHA051017KE7R

Nombre del Paciente: SANCHEZ VILLASANA GERARDO

Parentesco con el Asegurado: TITULAR

Fecha de Nacimiento: 01/08/1967

DD MM AAAA

Edad: 58 AÑOS

Sexo: MASCULINO

Causa de Internamiento: ENFERMEDAD

Diagnóstico: TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCID

ICD: D37.4

Tratamiento: COLECTOMIA, PARCIAL: CON ANASTOMOSIS

CPT: 44140

Médico Tratante: BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA

Red: NO

Staff: NO

Endoso: NO

Tipo de Siniestro: INICIAL

No. Siniestro: 25028432

Ramo: 1036

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: 101613

Vigencia: 31/12/2025

DD MM AAAA

Identificado con: ID

Estatus: EN VIGOR

Fecha de Alta de la Póliza: 31/12/2024

DD MM AAAA

Certificado No.: -----61335

- 0

No. del SubGrupo: 50

Contratante: SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION

Titular: SANCHEZ VILLASANA GERARDO

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ 7,200.00
RAMON OLAVIDE AGUILAR	45380	Cantidad con Letra: SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS 0/100 MN.
	99261	
CIRUJANO		

Observaciones: SE TABULAN HONORARIOS MEDICOS POR CONSULTA Y PROCEDIMIENTO DX DR RAMON OLAVIDE AGUILAR Y ANESTESIOLOGIA POR SEDACION. DE ACUERDO CON EL TABUARDOR.

Esta carta tiene validez de treinta dias naturales a partir de la fecha de emision.

SE EXCLUYEN GASTOS PERSONALES, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS NO RELACIONADOS EN REFERENCIA. ESTA CARTA PUEDE SER INVALIDADA AL REALIZAR PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO.

Autorización válida siempre y cuando los costos sean los negociados con el proveedor y dentro del G.U.A. para el padecimiento cubierto y/o tratamiento autorizado.

Lugar y Fecha: MONTERREY, NUEVO LEÓN, A MARTES 16 DICIEMBRE 2025 19:35:11 HRS.

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

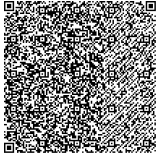
Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte

JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO

Nombre y Firma

SET-04-04-80

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS



Oficina: CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio: 432933 / 12

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: HOSPITAL ANGELES LONDRES

Estado: ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO

Fecha de Ingreso: 08/12/2025

DD MM AAAA

Hora: 23:01:00 HRS

Nombre Fiscal: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.

RFC: OHA051017KE7R

Nombre del Paciente: SANCHEZ VILLASANA GERARDO

Parentesco con el Asegurado: TITULAR

Fecha de Nacimiento: 01/08/1967

DD MM AAAA

Edad: 58 AÑOS

Sexo: MASCULINO

Causa de Internamiento: ENFERMEDAD

Diagnóstico: TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCID

ICD: D37.4

Tratamiento: COLECTOMIA, PARCIAL: CON ANASTOMOSIS

CPT: 44140

Médico Tratante: BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA

Red: NO

Staff: NO

Endoso: NO

Tipo de Siniestro: INICIAL

No. Siniestro: 25028432

Ramo: 1036

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: 101613

Vigencia: 31/12/2025

DD MM AAAA

Identificado con: ID

Estatus: EN VIGOR

Fecha de Alta de la Póliza: 31/12/2024

DD MM AAAA

Certificado No.: -----61335

- 0

No. del SubGrupo: 50

Contratante: SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION

Titular: SANCHEZ VILLASANA GERARDO

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	1,620.00
ANESTESIOLOGIA	45380	Cantidad con Letra:	UN MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS 0/100 MN.
ANESTESIOLOGO			

Observaciones: SE TABULAN HONORARIOS MEDICOS POR CONSULTA Y PROCEDIMIENTO DX DR RAMON OLAVIDE AGUILAR Y ANESTESIOLOGIA POR SEDACION. DE ACUERDO CON EL TABUARDOR.

Esta carta tiene validez de treinta dias naturales a partir de la fecha de emision.

SE EXCLUYEN GASTOS PERSONALES, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS NO RELACIONADOS EN REFERENCIA. ESTA CARTA PUEDE SER INVALIDADA AL REALIZAR PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO.

Autorización válida siempre y cuando los costos sean los negociados con el proveedor y dentro del G.U.A. para el padecimiento cubierto y/o tratamiento autorizado.

Lugar y Fecha: MONTERREY, NUEVO LEÓN, A MARTES 16 DICIEMBRE 2025 19:35:11 HRS.

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte

JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO

Nombre y Firma

SET-04-04-80

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA505

Episodio:1501232413

Paciente: GERARDO SANCHEZ VILLASANA

Fecha de Ingreso: 08.12.2025

Hora de Ingreso: 21:45:00

Fecha de Egreso : 16.12.2025

Hora de Egreso : 09:40:00

Página: 17 de 17

Fecha: 17.12.2025 Hora: 11:20:42

Compañía: SEGUROS BANORTE SA DE CV GRUPO

Médico: BILLY JIMENEZ BOBADILLA

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

CARGOS ADMISIÓN	36,715.96
CARGOS APOYO BIOMÉDICO	33,217.80
CARGOS ATENCIÓN MÉDICA	2,810.24
CARGOS CIRUGÍA	204,356.17
CARGOS INSUMOS	199,465.82
CARGOS SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	70,649.88
CARGOS SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	52,929.69
CARGOS UNIDAD DE CIRUGÍA EXTERNA	204.00
CARGOS URGENCIAS	4,266.54
DEDUCIBLES	7,412.63-
DESCUENTO ADMISIÓN	5,874.52-
DESCUENTO APOYO BIOMÉDICO	5,314.85-
DESCUENTO ATENCIÓN MÉDICA	449.60-
DESCUENTO CIRUGÍA	32,696.99-
DESCUENTO INSUMOS	31,914.61-
DESCUENTO SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	11,303.96-
DESCUENTO SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	8,468.82-
DESCUENTO UNIDAD DE CIRUGÍA EXTERNA	32.64-
DESCUENTO URGENCIAS	682.64-

Importe:	604,616.10
Descuentos:	96,738.63-
Sub-total:	507,877.47
IVA(16,00%) :	80,074.37
Total de Cargos:	587,951.84
Deducible:	7,412.63-
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	580,539.21

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA505

Episodio:1501232413

Paciente: GERARDO SANCHEZ VILLASANA

Fecha de Ingreso: 08.12.2025

Hora de Ingreso: 21:45:00

Fecha de Egreso : 16.12.2025

Hora de Egreso : 09:40:00

Página: 1 de 3

Fecha: 17.12.2025 Hora: 11:19:52

Compañía: Paciente particular

Médico: BILLY JIMENEZ BOBADILLA

Fecha	Código	Descripción	Cant	Precio Part.	Desc (%)	Precio Cargo	I.V.A.	Importe	Saldo	Hora	Usuario
09.12.2025	2000081818	TERMOMETRO CUARZO LIQUIDO S/C C50	1	88.94	0.00	88.94	14.23	103.17	103.17	05:33	SOAPUSER
09.12.2025	2000232873	TRANSPORE WHITE ROLLO IND 2.5CMX1.37M	1	75.30	0.00	75.30	12.05	87.35	190.52	05:33	SOAPUSER
09.12.2025	2000025357	PROTECTOR ULTRAS 61X91 UPLDPRO 2436 C10	1	176.60	0.00	176.60	28.26	204.86	395.38	19:50	HAAVILA
09.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	487.55	23:00	SOAPUSER
10.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	579.72	07:00	SOAPUSER
10.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	671.89	15:00	SOAPUSER
10.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	764.06	23:00	SOAPUSER
11.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	856.23	07:00	SOAPUSER
11.12.2025	2000025298	MEDIA TED AL MUSLO MEDIANA-CTA 3310LF	1	730.85	0.00	730.85	116.94	847.79	1,704.02	14:10	SOAPUSER
11.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	1,796.19	15:00	SOAPUSER
11.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	1,888.36	23:00	SOAPUSER
12.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	1,980.53	13:50	HALUGO
12.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	2,072.70	15:00	SOAPUSER
12.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	2,164.87	23:00	SOAPUSER
13.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	2,257.04	07:00	SOAPUSER
13.12.2025	BDS-100013	FENOTIPO RH NEGATIVO	1	1,380.54	0.00	1,380.54	220.89	1,601.43	3,858.47	11:22	SOAPUSER
13.12.2025	BDS-100022	GRUPO ABO Y RH	1	392.71	0.00	392.71	62.83	455.54	4,314.01	11:22	SOAPUSER
13.12.2025	BDS-100037	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD	1	918.05	0.00	918.05	146.89	1,064.94	5,378.95	11:22	SOAPUSER
13.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	5,471.12	15:00	SOAPUSER
13.12.2025	2000261495	ESTERICIDE SOL IRRIGACION QX 500ML	1	283.76	0.00	283.76	45.40	329.16	5,800.28	15:33	HALUGO
13.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	5,892.45	23:00	SOAPUSER
14.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	5,984.62	07:00	SOAPUSER
14.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	6,076.79	15:00	SOAPUSER
14.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	6,168.96	23:00	SOAPUSER
15.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	6,261.13	07:00	SOAPUSER
15.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	6,353.30	15:00	SOAPUSER
15.12.2025	1000000978	INFALET AMP 1G/10ML	1	79.46	0.00	79.46	12.71	92.17	6,445.47	23:00	SOAPUSER
17.12.2025	DEDUCPART	SERVICIO HOSPITALARIO DEDUCIBLE PART	1	7,412.63	0.00	7,412.63	1,186.08	8,598.71	15,044.18	11:18	HSALHERNANDE

Fecha	Anticipo	Entrega Cta.	F. Pago	Banco	Referencia	Autoriz.	Precio Part	Importe	Saldo
-------	----------	--------------	---------	-------	------------	----------	-------------	---------	-------

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA505

Episodio:1501232413

Paciente: GERARDO SANCHEZ VILLASANA

Fecha de Ingreso: 08.12.2025

Hora de Ingreso: 21:45:00

Fecha de Egreso : 16.12.2025

Hora de Egreso : 09:40:00

Página: 2 de 3

Fecha: 17.12.2025 Hora: 11:19:52

Compañía: Paciente particular

Médico: BILLY JIMENEZ BOBADILLA

Importe:	5,556.49
Descuentos:	0.00
Sub-total:	5,556.49
IVA(16,00%):	2,075.06
Total de Cargos:	7,631.55
Deducible:	7,412.63
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	15,044.18

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio: 432933 / 13

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: HOSPITAL ANGELES LONDRESEstado: ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICOFecha de Ingreso: 08/12/2025 Hora: 23:01:00 HRS

Nombre Fiscal: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.RFC: OHA051017KE7R

Nombre del Paciente: SANCHEZ VILLASANA GERARDOParentesco con el Asegurado: TITULAR

Fecha de Nacimiento: 01/08/1967 Edad: 58 AÑOS Sexo: MASCULINO Causa de Internamiento: ENFERMEDAD

Diagnóstico: TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDICD: D37.4

Tratamiento: COLECTOMIA, PARCIAL: CON ANASTOMOSISCPT: 44140

Médico Tratante: BILLY JIMÉNEZ BOBADILLARed: NO Staff: SI Endoso: SI

Tipo de Siniestro: COMPLEMENTONo. Siniestro: 00025028432Ramo: 1036

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: 101613Vigencia: 31/12/2025 Identificado con: INE Estatus: EN VIGOR

Fecha de Alta de la Póliza: 31/12/2024 Certificado No.: -----61335 - 0No. del SubGrupo: 50

Contratante: SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIONTitular: SANCHEZ VILLASANA GERARDO

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ 212,772.00

Cargo a Cuenta del AseguradoCantidad con Letra: DOSCIENTOS DOCE MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS 0/100 MN.

Deducible: \$ 0.00Cantidad con Letra: CERO PESOS 0/100 MN.

Coaseguro: 0.00 % % correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)

Coaseguro Hon: \$0.00Cantidad con Letra: CERO PESOS 0/100 MN.

Observaciones: COMPLEMENTO, SE CUBREN GASTOS HOSPITALARIOS, FAVOR DE EXCLUIR DE LA CUENTA: TERMOMETRO, TRANSPORTE, PROTECTOR ULTRA, MEDIAS TED, ORINAL, RIÑON DESECHABLE, INFALET, MEDIA TED, FENOTIPO, ANTICUERPOS IRREGULARES, GRUPO ABO Y RH, PRUEBA DE COMPATIBILIDAD, ESTERICIDE Y K50. GRACIAS.

Esta carta tiene validez de treinta días naturales a partir de la fecha de emisión.

SE EXCLUYEN GASTOS PERSONALES, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS NO RELACIONADOS EN REFERENCIA. ESTA CARTA PUEDE SER INVALIDADA AL REALIZAR PROCEDIMIENTO NO AUTORIZADO.

Autorización válida siempre y cuando los costos sean los negociados con el proveedor y dentro del G.U.A. para el padecimiento cubierto y/o tratamiento autorizado.

Lugar y Fecha: MONTERREY, NUEVO LEÓN, A MIÉRCOLES 17 DICIEMBRE 2025 10:45:39 HRS.

Médico DictaminadorAsegurado y/o FamiliarRecibe Hospital

CRISTINA ARLETT POTENCIANO PADILLANombre y FirmaNombre y FirmaHOSPITAL ANGELES LONDRESNombre y Firma