

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 INCERTO 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**Cantidad con Letra: **CINCUENTA MIL PESOS 0/100 MN.**

Cargo a Cuenta del Asegurado

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: **PROCEDA 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**

Nombre y Firma

Nombre y Firma

HOSPITAL ANGELES LONDRES

Nombre y Firma

SEP020

HIDALGO 250 PTE.

COL.CENTRO

C.P.64000

MONTERREY, N.L.

TEL: 01-800-201-6764

HOSPITAL

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

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **300,000.00**Cantidad con Letra: **TRESCIENTOS MIL PESOS 0/100 MN.**

Cargo a Cuenta del Asegurado

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

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte**JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO**

Nombre y Firma

Asegurado y/o Familiar

Recibe Hospital

HOSPITAL ANGELES LONDRES

Nombre y Firma

SEP020

HIDALGO 250 PTE.

COL.CENTRO

C.P.64000

MONTERREY, N.L.

TEL: 01-800-201-6764

HOSPITAL

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

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **31,780.06**Cantidad con Letra: **TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS 06/100 MN.**

Cargo a Cuenta del Asegurado

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, TRANSPORTE, 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**

Nombre y Firma

Nombre y Firma

HOSPITAL ANGELES LONDRES

Nombre y Firma

SEP020

HIDALGO 250 PTE.

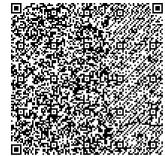
COL.CENTRO

C.P.64000

MONTERREY, N.L.

TEL: 01-800-201-6764

HOSPITAL

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** Hora: **23:23:01 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: **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 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.

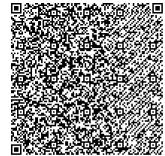
Autorización válida siempre y cuando los costos sean los negociados con el proveedor y dentro del G.U.A. para el padecimiento cubierto y/o tratamiento autorizado.

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

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero BanorteJUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO

Nombre y Firma

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** Hora: **23:23:01 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: **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: \$ 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 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 19:31:02 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

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** Hora: **23:23:01 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: **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: ANESTESIOLOGIA	CPT: 44140	Suma Autorizada: \$ 10,980.00 Cantidad con Letra: DIEZ MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS 0/100 MN.
--------------------------------------	--------------------------	---

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

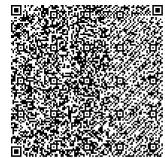
Gastos Médicos Mayores.

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

Grupo Financiero Banorte

JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO

Nombre y Firma

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** Hora: **23:23:01 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: **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: 2DO AYUDANTE	CPT: 44140	Suma Autorizada: \$ 3,660.00 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.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones

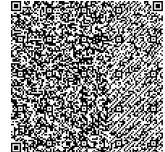
Gastos Médicos Mayores.

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

Grupo Financiero Banorte

JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO

Nombre y Firma

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** Hora: **23:23:01 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: **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: \$ **1,800.00****99261**Cantidad con Letra: **UN MIL OCHOCIENTOS PESOS 0/100 MN.****JOSE GUADALUPE ORTIZ MEDINA**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

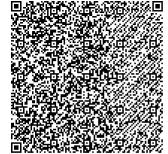
Gastos Médicos Mayores.

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

Grupo Financiero Banorte

JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO

Nombre y Firma

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** 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: **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: \$ **7,200.00****RAMON OLAVIDE AGUILAR****45380
99261**Cantidad con Letra: **SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS 0/100 MN.**

CIRUJANO

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

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 19:35:11 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones

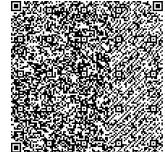
Gastos Médicos Mayores.

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

Grupo Financiero Banorte

JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO

Nombre y Firma

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

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

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 19:35:11 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

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

Página: 1 de 3

Fecha: 17.12.2025 Hora: 11:19:52

Compañía: Paciente particular

Médico: BILLY JIMENEZ BOBADILLA

Fecha de Ingreso: 08.12.2025

Hora de Ingreso: 21:45:00

Fecha de Egreso : 16.12.2025

Hora de Egreso : 09:40:00

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	TRANSPORTE 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 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: **SI** Endoso: **SI**Tipo de Siniestro: **COMPLEMENTO**No. Siniestro: **00025028432**Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **101613**Vigencia: **31/12/2025 DD MM AAAA**Identificado con: **INE**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**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **212,772.00**Cantidad con Letra: **DOSCIENTOS DOCE MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS 0/100 MN.**

Cargo a Cuenta del Asegurado

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:

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 Dictaminador

Asegurado y/o Familiar

Recibe Hospital

CRISTINA ARLETT POTENCIANO PADILLA

Nombre y Firma

HOSPITAL ANGELES LONDRES

Nombre y Firma

SEP020

HIDALGO 250 PTE.

COL.CENTRO

C.P.64000

MONTERREY, N.L.

TEL: 01-800-201-6764

HOSPITAL