

CARTA AUTORIZACIÓN  
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **436228 / 1**

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **31/01/2026** Hora: **12:12:31 HRS**  
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **LEYVA CALDERON EMILIO** Parentesco con el Asegurado: **ASCENDIENT**

Fecha de Nacimiento: **09/02/1956** Edad: **70 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**  
DD MM AAAA

Diagnóstico: **TRASTORNOS DE LA VESICULA BILIAR Y DE LAS VIA** ICD: **K87.0**

Tratamiento: **COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA (CPER); CON INSERCIÓN ENDOSCOPICA RETR CPT: 43268**

Médico Tratante: **RAMON OLAVIDE AGUILAR** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **COMPLEMENTO** No. Siniestro: **25025610** Ramo: **1036**

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Póliza No.: **107813** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **ID** Estatus: **EN VIGOR**  
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----240622 - 1** No. del SubGrupo: **4158**  
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **LEYVA ROJAS ROSARIO EDITH**

**DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN**

Suma Autorizada: \$ **190,777.00**

Cargo a Cuenta del Asegurado Cantidad con Letra: **CIENTO NOVENTA MIL SETECIENTOS SETENTA Y SIETE 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: **SE AUTORIZAN GASTOS HOSPITALARIOS, SINIESTRO COMPLEMENTO. DEDU CUBIERTO, NO APLICA COASEGUROS POR HOSPITAL TIPO C. DESVIOS: TERMOMETRO.**

**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 03 FEBRERO 2026 18:47:31 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