

CARTA AUTORIZACIÓN  
HOSPITALIZACIÓN



Oficina:	<b>CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN</b>	Folio:	<b>436360 / 1</b>
----------	------------------------------------	--------	-------------------

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital:	<b>HOSPITAL ANGELES LONDRES</b>	Estado:	<b>ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO</b>	Fecha de Ingreso:	<b>03/02/2026</b> <small>DD MM AAAA</small>	Hora:	<b>15:15:22 HRS</b>
Nombre Fiscal:	<b>OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.</b>			RFC:	<b>OHA051017KE7R</b>		
Nombre del Paciente:	<b>ZAMORA GAMEZ JENNYFER JEANETTE</b>			Parentesco con el Asegurado:	<b>CONYUGE</b>		
Fecha de Nacimiento:	<b>16/04/1997</b> <small>DD MM AAAA</small>	Edad:	<b>28 AÑOS</b>	Sexo:	<b>FEMENINO</b>	Causa de Internamiento:	<b>ENFERMEDAD</b>
Diagnóstico:	<b>ULCERA GASTRICA</b>			ICD:	<b>K25</b>		
Tratamiento:	<b>ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO ESOFAGO, ESTOMAGO, Y YA SEA DUODENO Y/O EL Y CPT: 43239</b>						
Médico Tratante:	<b>JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARRIDO (SE AJUSTA)</b>			Red:	<b>NO</b>	Staff:	<b>SI</b>
Tipo de Siniestro:	<b>INICIAL</b>	No. Siniestro:	<b>00026002189</b>	Ramo:	<b>1036</b>		

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Póliza No.:	<b>100213</b>	Vigencia:	<b>31/12/2025</b> <small>DD MM AAAA</small>	Identificado con:	<b>INE</b>	Estatus:	<b>EN VIGOR</b>
Fecha de Alta de la Póliza:	<b>31/12/2024</b> <small>DD MM AAAA</small>	Certificado No.:	<b>-----202348</b>	-	<b>1</b>	No. del SubGrupo:	<b>1</b>
Contratante:	<b>CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL</b>			Titular:	<b>BRIONES CASTILLO JONNATHAN</b>		

**DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN**

Suma Autorizada: \$	<b>66,096.00</b>
Cargo a Cuenta del Asegurado	Cantidad con Letra: <u><b>SESENTA Y SEIS MIL NOVENTA Y SEIS PESOS 0/100 MN.</b></u>
Deducible: \$	<b>12,038.11</b>
Coaseguro: <b>0.00 %</b>	Cantidad con Letra: <u><b>DOCE MIL TREINTA Y OCHO PESOS 11/100 MN.</b></u>
Coaseguro Hon: \$ <b>0.00</b>	Cantidad con Letra: <u><b>CERO PESOS 0/100 MN.</b></u>


Observaciones:	<b>INICIAL, APLICA DEDUCIBLE, SE UCBREN GASTOS HOSPITALARIOS, SIN EXCLUSIONES DE LA CUENTA. GRACIAS.</b>
----------------	--

**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 05 FEBRERO 2026 20:42:26 HRS.**

Médico Dictaminador	Asegurado y/o Familiar	Recibe Hospital
		
<b>CRISTINA ARLETT POTENCIANO PADILLA</b>		<b>HOSPITAL ANGELES LONDRES</b>
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma