



CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOS

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **436360 / 3**

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **03/02/2026** Hora: **15:22:00 HRS**  
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **ZAMORA GAMEZ JENNYFER JEANETTE** Parentesco con el Asegurado: **CONYUGE**

Fecha de Nacimiento: **16/04/1997** Edad: **28 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**  
DD MM AAAA

Diagnóstico: **ULCERA GASTRICA** ICD: **K25**

Tratamiento: **ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO ESOFAGO, ESTOMAGO, Y YA SEA DUODENO Y/O EL CPT: 43239**

Médico Tratante: **JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARRIDO (SE AJUSTA)** Red: **NO** Staff: **SI** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **COMPLEMENTO** No. Siniestro: **00026002189** Ramo: **1036**

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Póliza No.: **100213** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **INE** Estatus: **EN VIGOR**  
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----202348 - 1** No. del SubGrupo: **1**  
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **BRIONES CASTILLO JONNATHAN**

**HONORARIOS MÉDICOS**

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ <b>1,666.00</b>
	<b>43239</b>	Cantidad con Letra: <b>UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS 0/100 MN.</b>
AYUDANTE		

Observaciones: **SE CUBREN HONORARIOS, CIRUJANO DR MARMOLEJO CHAVIRA ANTONIO**

**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 JUEVES 05 FEBRERO 2026 20:45:32 HRS.**

Médico Dictaminador



**CRISTINA ARLETT POTENCIANO PADILLA**

Nombre y Firma