



**CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS**

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **436606 / 4**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **07/02/2026** Hora: **09:24:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **PAXTIAN PEREZ ANGEL** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **27/12/1992** Edad: **33 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **CALCULO DEL RIÑON** ICD: **N20.0**

Tratamiento: **CISTOURETROSCOPIA, CON URETROMIA INTERNA; HOMBRE** CPT: **52275**

Médico Tratante: **MANUEL ARLONDO QUIÑONES GAMERO** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26001262** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100113** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **CARTA PASE** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----224839** - **0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **PAXTIAN PEREZ ANGEL**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ 4,500.00
ANESTESIOLOGO	52275	Cantidad con Letra: CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS 0/100 MN.

Observaciones: **SE AUTORIZAN HONORARIOS MEDICOS SEGÚN NOTA QUIRURGICA Y SEGÚN BASE QX Y TABULADOR VIGENTE CONTRATADO**

Esta carta tiene validez de treinta días 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 SÁBADO 07 FEBRERO 2026 19:36:12 HRS.**

Médico Dictaminador

LEANDRO EDUARDO RAMIREZ SILVA

Nombre y Firma



**CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS**

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **436606 / 3**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **07/02/2026** Hora: **09:24:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **PAXTIAN PEREZ ANGEL** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **27/12/1992** Edad: **33 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **CALCULO DEL RIÑON** ICD: **N20.0**

Tratamiento: **CISTOURETROSCOPIA, CON URETROMIA INTERNA; HOMBRE** CPT: **52275**

Médico Tratante: **MANUEL ARLONDO QUIÑONES GAMERO** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26001262** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100113** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **CARTA PASE** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----224839** - **0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **PAXTIAN PEREZ ANGEL**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:

CPT:

Suma Autorizada: \$ **3,000.00**

52275

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

AYUDANTE

Observaciones: **SE AUTORIZAN HONORARIOS MEDICOS SEGÚN NOTA QUIRURGICA Y SEGÚN BASE QX Y TABULADOR VIGENTE CONTRATADO**

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.

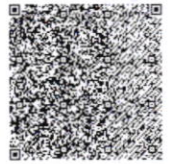
Autorización válida siempre y cuando los costos sean los negociados con el proveedor y dentro del G.U.A. para el padecimiento cubierto y/o tratamiento autorizado.

Lugar y Fecha: **MONTERREY, NUEVO LEÓN, A SÁBADO 07 FEBRERO 2026 19:36:12 HRS.**

Médico Dictaminador

LEANDRO EDUARDO RAMIREZ SILVA

Nombre y Firma



**CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS**

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **436606 / 2**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **07/02/2026** Hora: **09:24:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **PAXTIAN PEREZ ANGEL** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **27/12/1992** Edad: **33 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **CALCULO DEL RIÑON** ICD: **N20.0**

Tratamiento: **CISTOURETROSCOPIA, CON URETROMIA INTERNA; HOMBRE** CPT: **52275**

Médico Tratante: **MANUEL ARLONDO QUIÑONES GAMERO** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26001262** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100113** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **CARTA PASE** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----224839** - **0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **PAXTIAN PEREZ ANGEL**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ 15,000.00
MANUEL ARLONDO QUIÑONES GAMERO	52275	Cantidad con Letra: QUINCE MIL PESOS 0/100 MN.
CIRUJANO		

Observaciones: **SE AUTORIZAN HONORARIOS MEDICOS SEGÚN NOTA QUIRURGICA Y SEGÚN BASE QX Y TABULADOR VIGENTE CONTRATADO**

Esta carta tiene validez de treinta días 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 SÁBADO 07 FEBRERO 2026 19:36:12 HRS.**

Médico Dictaminador

LEANDRO EDUARDO RAMIREZ SILVA

Nombre y Firma

**CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN**



Oficina: CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio: 436606 / 1
---	--------------------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado: ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso: 07/02/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Hora: 09:09:24 HRS
Nombre Fiscal: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.	RFC: OHA051017KE7R		
Nombre del Paciente: PAXTIAN PEREZ ANGEL	Parentesco con el Asegurado: TITULAR		
Fecha de Nacimiento: 27/12/1992 <small>DD MM AAAA</small>	Edad: 33 AÑOS	Sexo: MASCULINO	Causa de Internamiento: ENFERMEDAD
Diagnóstico: CALCULO DEL RIÑON	ICD: N20.0		
Tratamiento: CISTOURETROSCOPIA, CON URETROMIA INTERNA; HOMBRE	CPT: 52275		
Médico Tratante: MANUEL ARLONDO QUIÑONES GAMERO	Red: NO	Staff: SI	Endoso: SI
Tipo de Siniestro: INICIAL	No. Siniestro: 26001262	Ramo: 1036	

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: 100113	Vigencia: 31/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Identificado con: CARTA PASE	Estatus: EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza: 31/12/2024 <small>DD MM AAAA</small>	Certificado No.: -----224839	- 0	No. del SubGrupo: 1
Contratante: CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL	Titular: PAXTIAN PEREZ ANGEL		

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

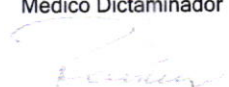
Suma Autorizada: \$ 141,289.10	Cantidad con Letra: CIENTO CUARENTA Y UN MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS 1/100 MN.
Cargo a Cuenta del Asegurado	Cantidad con Letra: OCHO MIL NOVECIENTOS QUINCE PESOS 55/100 MN.
Deducible: \$ 8,915.55	
Coaseguro: 0.00 %	% correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)
Coaseguro Hon: \$ 0.00	Cantidad con Letra: CERO PESOS 0/100 MN.
Observaciones:	SE AUTORIZA GASTO HOSPITALARIO Y HONORARIOS MEDICOS //ESTA CARTA CANCELA LA CARTA PASE//PROCEDE SEGÚN CARTA PASE SE ACTUALIZAN CONDCIONES DE ACUERDO A NUEVA VIGENCIA Y DEDUCIBLE CONTRATADO + UMA VIGENTE

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 SÁBADO 07 FEBRERO 2026 19:34:25 HRS.**

Médico Dictaminador	Asegurado y/o Familiar	Recibe Hospital
 LEANDRO EDUARDO RAMIREZ SILVA Nombre y Firma	_____ Nombre y Firma	HOSPITAL ANGELES LONDRES Nombre y Firma