

**CARTA AUTORIZACIÓN  
HOSPITALIZACIÓN**



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN** Folio: **436629 / 1**

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **07/02/2026** Hora: **13:13:46 HRS**  
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **CANSECO VELASCO VICTOR MANUEL** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **12/02/1955** Edad: **71 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**  
DD MM AAAA

Diagnóstico: **CALCULO DEL RIÑON Y DEL URETER** ICD: **N20**

Tratamiento: **CISTOURETROSCOPIA, CON INSERCIÓN DE UN CATETER URETERAL DE SILASTIC DOBLE J** CPT: **52332**

Médico Tratante: **OMAR DIMAS VICTORIA VARGAS** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **COMPLEMENTO** No. Siniestro: **00025028315** Ramo: **1036**

**DATOS DE LA PÓLIZA**

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

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----58081** - **0** No. del SubGrupo: **1256**  
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **CANSECO VELASCO VICTOR MANUEL**

**DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN**

Suma Autorizada: \$ **57,977.00**

Cargo a Cuenta del Asegurado Cantidad con Letra: **CINCUENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS 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: **INGRESO HOSPITALARIO 07.02.2026 SE CUBRE HOSPITAL Y HONORARIOS MÉDICOS DE ACUERDO A TABULADOR APLICA DEDUCIBLE 0 Y COASEGURO 0. DESVIOS EN CLAIMS 1501341489 ESTA CARTA ANULA LA PC 160126435174 PARA FINES DE COBRO**

**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 23:49:52 HRS.**

<p><b>Médico Dictaminador</b>                  Departamento de Indemnizaciones                  Gastos Médicos Mayores.                  Seguros Banorte, S.A. de C.V.                  Grupo Financiero Banorte  <b>SAID URBINA TERAN</b>                  Nombre y Firma</p>	<p><b>Asegurado y/o Familiar</b>                           Nombre y Firma</p>	<p><b>Recibe Hospital</b>           <b>HOSPITAL ANGELES LONDRES</b>                  Nombre y Firma</p>
--	---	---



**CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOS**

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **436629 / 2**

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **07/02/2026** Hora: **13:46:00 HRS**  
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **CANSECO VELASCO VICTOR MANUEL** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **12/02/1955** Edad: **71 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**  
DD MM AAAA

Diagnóstico: **CALCULO DEL RIÑON Y DEL URETER** ICD: **N20**

Tratamiento: **CISTOURETROSCOPIA, CON INSERCIÓN DE UN CATETER URETERAL DE SILASTIC DOBLE J** CPT: **52332**

Médico Tratante: **OMAR DIMAS VICTORIA VARGAS** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **COMPLEMENTO** No. Siniestro: **00025028315** Ramo: **1036**

**DATOS DE LA PÓLIZA**

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

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----58081 - 0** No. del SubGrupo: **1256**  
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **CANSECO VELASCO VICTOR MANUEL**

**HONORARIOS MÉDICOS**

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ <b>8,470.00</b>
<b>VICTORIO VARGAS OMAR DIMAS</b>	<b>52332</b>	Cantidad con Letra: <b>OCHO MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS 0/100 MN.</b>
<b>CIRUJANO</b>		

Observaciones: **INGRESO HOSPITALARIO 07.02.2026 SE CUBREN HONORARIOS MÉDICOS DR. VICTORIO VARGAS OMAR DIMAS POR CX UROLOGICA CON EQUIPO QUIRURGICO APLICA COASEGURO DE HONORARIOS MÉDICOS 0%. ESTA CARTA ANULA PC 160126435174 PARA FINES DE COBRO**

**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 23:54:48 HRS.**

Médico Dictaminador

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

**SAID URBINA TERAN**

Nombre y Firma

**CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOS**



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **436629 / 3**

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **07/02/2026** Hora: **13:46:00 HRS**  
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **CANSECO VELASCO VICTOR MANUEL** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **12/02/1955** Edad: **71 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**  
DD MM AAAA

Diagnóstico: **CALCULO DEL RIÑON Y DEL URETER** ICD: **N20**

Tratamiento: **CISTOURETROSCOPIA, CON INSERCIÓN DE UN CATETER URETERAL DE SILASTIC DOBLE J** CPT: **52332**

Médico Tratante: **OMAR DIMAS VICTORIA VARGAS** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **COMPLEMENTO** No. Siniestro: **00025028315** Ramo: **1036**

**DATOS DE LA PÓLIZA**

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

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----58081 - 0** No. del SubGrupo: **1256**  
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **CANSECO VELASCO VICTOR MANUEL**

**HONORARIOS MÉDICOS**

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ <b>1,694.00</b>
<b>AYUDANTE</b>	<b>52332</b>	Cantidad con Letra: <b>UN MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS 0/100 MN.</b>
<b>AYUDANTE</b>		

Observaciones: **INGRESO HOSPITALARIO 07.02.2026 SE CUBREN HONORARIOS MÉDICOS DR. VICTORIO VARGAS OMAR DIMAS POR CX UROLOGICA CON EQUIPO QUIRURGICO APLICA COASEGURO DE HONORARIOS MÉDICOS 0%. ESTA CARTA ANULA PC 160126435174 PARA FINES DE COBRO**

**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 SÁBADO 07 FEBRERO 2026 23:54:48 HRS.**

Médico Dictaminador

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

**SAID URBINA TERAN**

Nombre y Firma

**CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOS**



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN** Folio: **436629 / 4**

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **07/02/2026** Hora: **13:46:00 HRS**  
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **CANSECO VELASCO VICTOR MANUEL** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **12/02/1955** Edad: **71 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**  
DD MM AAAA

Diagnóstico: **CALCULO DEL RIÑON Y DEL URETER** ICD: **N20**

Tratamiento: **CISTOURETROSCOPIA, CON INSERCIÓN DE UN CATETER URETERAL DE SILASTIC DOBLE J** CPT: **52332**

Médico Tratante: **OMAR DIMAS VICTORIA VARGAS** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **COMPLEMENTO** No. Siniestro: **00025028315** Ramo: **1036**

**DATOS DE LA PÓLIZA**

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

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----58081 - 0** No. del SubGrupo: **1256**  
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **CANSECO VELASCO VICTOR MANUEL**

**HONORARIOS MÉDICOS**

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ <b>2,541.00</b>
<b>ANESTESIOLOGO</b>	<b>52332</b>	Cantidad con Letra: <b>DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y UNO PESOS 0/100 MN.</b>
<b>ANESTESIOLOGO</b>		

Observaciones: **INGRESO HOSPITALARIO 07.02.2026 SE CUBREN HONORARIOS MÉDICOS DR. VICTORIO VARGAS OMAR DIMAS POR CX UROLOGICA CON EQUIPO QUIRURGICO APLICA COASEGURO DE HONORARIOS MÉDICOS 0%. ESTA CARTA ANULA PC 160126435174 PARA FINES DE COBRO**

**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 SÁBADO 07 FEBRERO 2026 23:54:48 HRS.**

Médico Dictaminador  
 Departamento de Indemnizaciones  
 Gastos Médicos Mayores.  
 Seguros Banorte, S.A. de C.V.  
 Grupo Financiero Banorte

**SAID URBINA TERAN**  
 Nombre y Firma