

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **436804 / 1**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **11/02/2026** Hora: **02:02:01 HRS**
DD MM AAAA DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **NAJAR FABIAN MARIA THELMA** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **08/07/1993** Edad: **32 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **OTRAS GASTRITIS AGUDAS** ICD: **K29.1**

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

Médico Tratante: **MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **00026002691** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100713** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **NA** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----64483 - 0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION** Titular: **NAJAR FABIAN MARIA THELMA**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **50,000.00**

Cargo a Cuenta del Asegurado

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

Deducible: \$ **8,915.55**

Cantidad con Letra: **OCHO MIL NOVECIENTOS QUINCE PESOS 55/100 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 AUTORIZA GASTO HOSPITALARIO Y HONORARIOS MEDICOS 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 VIERNES 13 FEBRERO 2026 00:23:37 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

SEP020 HIDALGO 250 PTE. COL.CENTRO C.P.64000 MONTERREY, N.L. TEL: 01-800-201-6764

HOSPITAL

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	436804 / 2
----------	------------------------------------	--------	-------------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	11/02/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Hora:	02:01:00 HRS		
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.			RFC:	OHA051017KE7R				
Nombre del Paciente:	NAJAR FABIAN MARIA THELMA			Parentesco con el Asegurado:	TITULAR				
Fecha de Nacimiento:	08/07/1993 <small>DD MM AAAA</small>	Edad:	32 AÑOS	Sexo:	FEMENINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD		
Diagnóstico:	OTRAS GASTRITIS AGUDAS			ICD:	K29.1				
Tratamiento:	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO ESOFAGO, ESTOMAGO, Y YA SEA DUODENO Y/O EL Y CPT: 43239								
Médico Tratante:	MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO			Red:	NO	Staff:	NO	Endoso:	SI
Tipo de Siniestro:	INICIAL	No. Siniestro:	00026002691	Ramo:	1036				

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.:	100713	Vigencia:	31/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Identificado con:	POLIZA	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2024 <small>DD MM AAAA</small>	Certificado No.:	-----64483	-	0	No. del SubGrupo:	1
Contratante:	SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION			Titular:	NAJAR FABIAN MARIA THELMA		

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$	3,876.48	
Cargo a Cuenta del Asegurado	Cantidad con Letra: TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS 48/100 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:	AUTORIZACION AUMENTO DE SUMA; DESVIOS: SOLUCION ANTISEPTICA KENERPURE, TERMOMETRO, EUTIROX, LECHE DE MAGNESIA, OMEPRAZOL, TRANSPORE.	

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 VIERNES 13 FEBRERO 2026 10:45:53 HRS.**

Médico Dictaminador Departamento de Indemnizaciones Gastos Médicos Mayores. Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte	Asegurado y/o Familiar	Recibe Hospital
GUADALUPE CONCEPCION RIVERA RAMIREZ	HOSPITAL ANGELES LONDRES	
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA617

Episodio:1501347635

Fecha de Ingreso: 10.02.2026

Hora de Ingreso: 23:32:00

Fecha de Egreso : 13.02.2026

Hora de Egreso : 09:11:00

Paciente: MARIA THELMA NAJAR FABIAN

Página: 4 de 4

Fecha: 13.02.2026 Hora: 11:23:17

Compañía: SEGUROS BANORTE SA DE CV GRUPO

Médico: MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIA

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

CARGOS ADMISIÓN	9,779.52
CARGOS APOYO BIOMÉDICO	11,261.92
CARGOS ATENCIÓN MÉDICA	741.20
CARGOS INSUMOS	7,805.04
CARGOS SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	15,944.89
CARGOS SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	1,391.21
CARGOS UNIDAD DE CIRUGÍA EXTERNA	1,670.18
CARGOS URGENCIAS	4,501.20
DEDUCIBLES	7,685.82-
DESCUENTO ADMISIÓN	1,564.72-
DESCUENTO APOYO BIOMÉDICO	1,801.91-
DESCUENTO ATENCIÓN MÉDICA	118.60-
DESCUENTO INSUMOS	1,248.79-
DESCUENTO SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	2,551.19-
DESCUENTO SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	222.62-
DESCUENTO UNIDAD DE CIRUGÍA EXTERNA	267.23-
DESCUENTO URGENCIAS	720.20-
Importe:	53,095.16
Descuentos:	8,495.26-
Sub-total:	44,599.90
IVA(16,00%) :	5,906.25
Total de Cargos:	50,506.15
Deducible:	7,685.82-
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	42,820.33

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Página: 1 de 2

Tipo paciente: Hospitalizado

Fecha: 13.02.2026 Hora: 11:23:58

Habitación: CLHA617

Episodio:1501347635

Paciente: MARIA THELMA NAJAR FABIAN

Compañía: Paciente particular

Fecha de Ingreso: 10.02.2026

Hora de Ingreso: 23:32:00

Médico: MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIA

Fecha de Egreso : 13.02.2026

Hora de Egreso : 09:11:00

Fecha	Código	Descripción	Cant	Precio Part.	Desc (%)	Precio Cargo	I.V.A.	Importe	Saldo	Hora	Usuario
11.02.2026	2000291421	SOLUCION ANTISEPTICA KENERPURE	1	388.56	0.00	388.56	62.17	450.73	450.73	02:34	SOAPUSER
11.02.2026	2000081818	TERMOMETRO CUARZO LIQUIDO S/C C50	1	88.94	0.00	88.94	14.23	103.17	553.90	06:25	SOAPUSER
11.02.2026	1000005858	EUTIROX TAB 75MCG (LEVOTIROXINA SODICA)	1	25.56	0.00	25.56	4.09	29.65	583.55	11:23	SOAPUSER
11.02.2026	1000008236	LECHE DE MAGNESIA SUSP 8.5G FCO 180ML (MAGNESIO HI	1	208.24	0.00	208.24	33.32	241.56	825.11	19:51	SOAPUSER
11.02.2026	1000015834	OMEPRAZOL SOL INY FCO AMP 40MG/10ML	1	705.12	0.00	705.12	112.82	817.94	1,643.05	20:00	SOAPUSER
12.02.2026	1000015834	OMEPRAZOL SOL INY FCO AMP 40MG/10ML	1	705.12	0.00	705.12	112.82	817.94	2,460.99	20:00	SOAPUSER
13.02.2026	2000232873	TRANSPORE WHITE ROLLO IND 2.5CMX1.37M	1	75.30	0.00	75.30	12.05	87.35	2,548.34	09:09	SOAPUSER
13.02.2026	DEDUCPART	SERVICIO HOSPITALARIO DEDUCIBLE PART	1	7,685.82	0.00	7,685.82	1,229.73	8,915.55	11,463.89	11:22	HSALHERNANDE

Fecha	Anticipo	Entrega Cta.	F. Pago	Banco	Referencia	Autoriz.	Precio Part	Importe	Saldo
-------	----------	--------------	---------	-------	------------	----------	-------------	---------	-------

Importe:	2,196.84
Descuentos:	0.00
Sub-total:	2,196.84
IVA(16,00%):	1,581.23
Total de Cargos:	3,778.07
Deducible:	7,685.82
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	11,463.89

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **436804 / 3**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **11/02/2026** Hora: **02:01:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **NAJAR FABIAN MARIA THELMA** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **08/07/1993** Edad: **32 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **OTRAS GASTRITIS AGUDAS** ICD: **K29.1**

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

Médico Tratante: **MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **00026002691** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100713** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **POLIZA** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----64483 - 0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION** Titular: **NAJAR FABIAN MARIA THELMA**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ 11,925.00
MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO	43239	Cantidad con Letra: ONCE MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS 0/100 MN.
CIRUJANO	99281	

Observaciones: **AUTORIZACION DE HONORARIOS MEDICOS DR. VELAZQUEZ Y EQUIPO QX.**

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 VIERNES 13 FEBRERO 2026 10:49:10 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte

GUADALUPE CONCEPCION RIVERA RAMIREZ

Nombre y Firma



CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **436804 / 4**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **11/02/2026** Hora: **02:01:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **NAJAR FABIAN MARIA THELMA** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **08/07/1993** Edad: **32 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **OTRAS GASTRITIS AGUDAS** ICD: **K29.1**

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

Médico Tratante: **MARIO ALBERTO VELAZQUEZ SANTIAGO** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **00026002691** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100713** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **POLIZA** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----64483 - 0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION** Titular: **NAJAR FABIAN MARIA THELMA**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico: CPT: Suma Autorizada: \$ **2,678.00**

DULCE HELENA ALEJANDRA SANCHEZ PACHECO **43239** Cantidad con Letra: **DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS 0/100 MN.**

ANESTESIOLOGO

Observaciones: **AUTORIZACION DE HONORARIOS MEDICOS DR. VELAZQUEZ Y EQUIPO QX.**

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 VIERNES 13 FEBRERO 2026 10:49:10 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte

GUADALUPE CONCEPCION RIVERA RAMIREZ

Nombre y Firma