

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **437286 / 2**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **18/02/2026** Hora: **23:21:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **SANCHEZ GOMEZ ELVIA SONIA** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **09/03/1995** Edad: **30 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ES** ICD: **K21.0**

Tratamiento: **CORRECCION, HERNIA HIATAL PARAESOFAGICA TRANSABDOMINAL, CON O SIN FUNDOPLASTIA, VAGOTOMCPT: 39502**

Médico Tratante: **JAUREGUI BRECHU ROBERTO** Red: **SI** Staff: **SI** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **00026003388** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

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

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----238366 - 0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **SANCHEZ GOMEZ ELVIA SONIA**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **233,180.06**

Cargo a Cuenta del Asegurado

Cantidad con Letra: **DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL CIENTO OCHENTA PESOS 06/100 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: **PROCEDE AUMENTO DE SUMA PARA CUBRIR EDO DE CUENTA FINAL, SIN DED NI COA. DESVIOS: MEDIA TED, TOALLA OBSTETRICA, VENDA ELAST. HM DEPENDIENTES DE SUMA REMANENTE. EN CASO DE AGOTAR SUMA ASEGURADA, LOS GASTOS QUEDAN A CARGO DE LA ASEGURADA, SIN OPCION A REEMBOLSO.**

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 MARTES 24 FEBRERO 2026 14:04:02 HRS.**

Médico Dictaminador

Asegurado y/o Familiar

Recibe Hospital

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

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

JUAN MANUEL MARGARITO NICOLAS

HOSPITAL ANGELES LONDRES

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **437286 / 1**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **18/02/2026** Hora: **23:23:21 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **SANCHEZ GOMEZ ELVIA SONIA** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **09/03/1995** Edad: **30 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ES** ICD: **K21.0**

Tratamiento: **CORRECCION, HERNIA HIATAL PARAESOFAGICA TRANSABDOMINAL, CON O SIN FUNDOPLASTIA, VAGOTOMCPT: 39502**

Médico Tratante: **JAUREGUI BRECHU ROBERTO** Red: **SI** Staff: **SI** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **00026003388** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

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

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----238366 - 0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **SANCHEZ GOMEZ ELVIA SONIA**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **100,000.00**

Cargo a Cuenta del Asegurado

Cantidad con Letra: **CIEN 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: **AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION INICIAL, APLICA DEDUCIBLE SIN COASEGURO POR NIVEL HOSPITALARIO. PARA AUMENTO DE SUMA ENVIAR NOTA POSTQUIRURGICA CON DESCRIPCION DE LA TECNICA QUIRURGICA, DE SER POSIBLE SABANA QX, ETIQUETAS Y REMISIONES.**

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 MARTES 24 FEBRERO 2026 12:15:00 HRS.**

Médico Dictaminador

Asegurado y/o Familiar

Recibe Hospital

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

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

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: CLHA403

Episodio:1501364566

Fecha de Ingreso: 18.02.2026

Hora de Ingreso: 21:19:00

Fecha de Egreso : 24.02.2026

Hora de Egreso : 09:20:00

Paciente: ELVIA SONIA SANCHEZ GOMEZ

Página: 12 de 12

Fecha: 24.02.2026 Hora: 14:47:03

Compañía: SEGUROS BANORTE SA DE CV GRUPO

Médico: ROBERTO JAUREGUI BRECHU

RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

CARGOS ADMISIÓN	29,051.52
CARGOS APOYO BIOMÉDICO	21,113.10
CARGOS ATENCIÓN MÉDICA	2,223.60
CARGOS CIRUGÍA	72,472.41
CARGOS INSUMOS	102,284.88
CARGOS SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	52,007.05
CARGOS SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	51,246.25
CARGOS URGENCIAS	9,044.16
DEDUCIBLES	7,685.82-
DESCUENTO ADMISIÓN	4,648.23-
DESCUENTO APOYO BIOMÉDICO	3,378.12-
DESCUENTO ATENCIÓN MÉDICA	355.80-
DESCUENTO CIRUGÍA	11,595.59-
DESCUENTO INSUMOS	16,365.61-
DESCUENTO SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	8,321.12-
DESCUENTO SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	8,199.49-
DESCUENTO URGENCIAS	1,447.08-
Importe:	339,442.97
Descuentos:	54,311.04-
Sub-total:	285,131.93
IVA (16,00%) :	44,391.38
Total de Cargos:	329,523.31
Deducible:	7,685.82-
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	321,837.49

ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Página: 1 de 2

Tipo paciente: Hospitalizado

Fecha: 24.02.2026 Hora: 14:47:47

Habitación: CLHA403

Episodio:1501364566

Paciente: ELVIA SONIA SANCHEZ GOMEZ

Compañía: Paciente particular

Fecha de Ingreso: 18.02.2026

Hora de Ingreso: 21:19:00

Médico: ROBERTO JAUREGUI BRECHU

Fecha de Egreso : 24.02.2026

Hora de Egreso : 09:20:00

Fecha	Código	Descripción	Cant	Precio Part.	Desc (%)	Precio Cargo	I.V.A.	Importe	Saldo	Hora	Usuario
18.02.2026	2000025299	MEDIA TED MUSLO MD-L 3549LF C6	1	738.15	0.00	738.15	118.10	856.25	856.25	21:55	HDPEDRAZA
19.02.2026	2000010621	TOALLA OBSTETRICA 29616 C1	1	350.55	0.00	350.55	56.09	406.64	1,262.89	01:52	SOAPUSER
22.02.2026	2000030200	VENDA ELAST 10X5 3500180 C1	1	94.90	0.00	94.90	15.18	110.08	1,372.97	17:22	HAAVILA
22.02.2026	2000030201	VENDA ELAST 15X5 3500183 C1	3	137.79	0.00	413.37	66.14	479.51	1,852.48	17:22	HAAVILA
22.02.2026	2000025298	MEDIA TED MUSLO MD-CTA 3310LF C6	1	738.15	0.00	738.15	118.10	856.25	2,708.73	18:48	HAAVILA
22.02.2026	2000030204	VENDA ELAST 30X5 3500190 C1	1	155.66	0.00	155.66	24.91	180.57	2,889.30	18:48	HAAVILA
24.02.2026	DEDUCPART	SERVICIO HOSPITALARIO DEDUCIBLE PART	1	7,685.82	0.00	7,685.82	1,229.74	8,915.56	11,804.86	14:46	HSMLOBACO

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

Importe:	2,490.78
Descuentos:	0.00
Sub-total:	2,490.78
IVA(16,00%):	1,628.26
Total de Cargos:	4,119.04
Deducible:	7,685.82
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	11,804.86



CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **437286 / 5**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **18/02/2026** Hora: **23:21:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **SANCHEZ GOMEZ ELVIA SONIA** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **09/03/1995** Edad: **30 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ES** ICD: **K21.0**

Tratamiento: **CORRECCION, HERNIA HIATAL PARAESOFAGICA TRANSABDOMINAL, CON O SIN FUNDOPLASTIA, VAGOT** CPT: **39502**

Médico Tratante: **JAUREGUI BRECHU ROBERTO** Red: **SI** Staff: **SI** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **00026003388** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

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

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----238366 - 0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **SANCHEZ GOMEZ ELVIA SONIA**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ 41,440.00
ROBERTO JAUREGUI BRECHÚ	39502	Cantidad con Letra: CUARENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS
CIRUJANO	99281	CUARENTA PESOS 0/100 MN.

Observaciones: **SE AUTORIZAN HM DE DR JAUREGUI Y EQUIPO/SE AJUSTAN: PROCEDE URG + PLASTIA HIATAL + FUNDUPLICATURA+ IMPLANTACIÓN DE MALLA. SE AGOTA SUMA ASEGURADA POR LO CUAL LOS HM FALTANTES, DEBERAN SER CUBIERTOS POR LA ASEGURADA, SIN OPCION A REEMBOLSO.**

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 MARTES 24 FEBRERO 2026 14:12:12 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

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

JUAN MANUEL MARGARITO NICOLAS

Nombre y Firma



CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **437286 / 4**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **18/02/2026** Hora: **23:21:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **SANCHEZ GOMEZ ELVIA SONIA** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **09/03/1995** Edad: **30 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ES** ICD: **K21.0**

Tratamiento: **CORRECCION, HERNIA HIATAL PARAESOFAGICA TRANSABDOMINAL, CON O SIN FUNDOPLASTIA, VAGOT** CPT: **39502**

Médico Tratante: **JAUREGUI BRECHU ROBERTO** Red: **SI** Staff: **SI** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **00026003388** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

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

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----238366 - 0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **SANCHEZ GOMEZ ELVIA SONIA**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ 11,592.00
ANESTESIOLOGO	39502	Cantidad con Letra: ONCE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS 0/100 MN.
ANESTESIOLOGO		

Observaciones: **SE AUTORIZAN HM DE DR JAUREGUI Y EQUIPO/SE AJUSTAN: PROCEDE URG + PLASTIA HIATAL + FUNDUPLICATURA+ IMPLANTACIÓN DE MALLA. SE AGOTA SUMA ASEGURADA POR LO CUAL LOS HM FALTANTES, DEBERAN SER CUBIERTOS POR LA ASEGURADA, SIN OPCION A REEMBOLSO.**

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 MARTES 24 FEBRERO 2026 14:12:12 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

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

JUAN MANUEL MARGARITO NICOLAS

Nombre y Firma



CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **437286 / 3**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **18/02/2026** Hora: **23:21:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **SANCHEZ GOMEZ ELVIA SONIA** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **09/03/1995** Edad: **30 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ES** ICD: **K21.0**

Tratamiento: **CORRECCION, HERNIA HIATAL PARAESOFAGICA TRANSABDOMINAL, CON O SIN FUNDOPLASTIA, VAGOT** CPT: **39502**

Médico Tratante: **JAUREGUI BRECHU ROBERTO** Red: **SI** Staff: **SI** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **00026003388** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

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

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----238366 - 0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **SANCHEZ GOMEZ ELVIA SONIA**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ 7,728.00
AYUDANTE	39502	Cantidad con Letra: SIETE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS 0/100 MN.
AYUDANTE		

Observaciones: **SE AUTORIZAN HM DE DR JAUREGUI Y EQUIPO/SE AJUSTAN: PROCEDE URG + PLASTIA HIATAL + FUNDUPLICATURA+ IMPLANTACIÓN DE MALLA. SE AGOTA SUMA ASEGURADA POR LO CUAL LOS HM FALTANTES, DEBERAN SER CUBIERTOS POR LA ASEGURADA, SIN OPCION A REEMBOLSO.**

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 MARTES 24 FEBRERO 2026 14:12:12 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

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

JUAN MANUEL MARGARITO NICOLAS

Nombre y Firma