

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **438402 / 1**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **07/03/2026** Hora: **12:12:10 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **ORTEGA HERNANDEZ TERESA** Parentesco con el Asegurado: **ASCENDIENT**

Fecha de Nacimiento: **15/05/1955** Edad: **70 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **ESOFAGITIS** ICD: **K20**

Tratamiento: **ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO ESOFAGO, ESTOMAGO, Y YA SEA EL DUODENO Y/O EICPT: 43235**

Médico Tratante: **JORGE YOLIK RAMIREZ MARIN** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26004406** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **108913** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **ID** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----28149 - 4** No. del SubGrupo: **309**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **GARCIA ORTEGA OSVALDO CESAR**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **89,925.00**

Cargo a Cuenta del Asegurado

Cantidad con Letra: **OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS 0/100 MN.**

Deducible: \$ **15,477.57**

Cantidad con Letra: **QUINCE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS 57/100 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 AUTORIZAN GASTOS HOSPITALARIOS, SINIESTRO INICIAL, APLICA DEDUCIBLE, NO APLICA COASEGUROS HOSPITAL C. DESVIOS: TERMOMETRO.**

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 10 MARZO 2026 19:10:26 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 ANTONIO SAUCEDA CASTRO

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 DE AUTORIZACION
HONORARIOS



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **438402 / 2**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **07/03/2026** Hora: **12:10:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **ORTEGA HERNANDEZ TERESA** Parentesco con el Asegurado: **ASCENDIENT**

Fecha de Nacimiento: **15/05/1955** Edad: **70 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **ESOFAGITIS** ICD: **K20**

Tratamiento: **ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO ESOFAGO, ESTOMAGO, Y YA SEA EL DUODENO Y/O CPT: 43235**

Médico Tratante: **JORGE YOLIK RAMIREZ MARIN** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26004406** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **108913** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **ID** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----28149 - 4** No. del SubGrupo: **309**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **GARCIA ORTEGA OSVALDO CESAR**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	16,317.00
GARCIA LOPEZ IVONNE SAMANTHA	43235	Cantidad con Letra:	DIECISEIS MIL TRESCIENTOS DIECISIETE PESOS 0/100 MN.
	43235		
	99261		
CIRUJANO			

Observaciones: **SE TABULAN HONORARIOS MEDICOS POR CONSULTA INICIAL Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DRA GARCIA LOPEZ IVONNE SAMANTHA Y ANESTESIOLOGIA POR SEDACION (2 ESTUDIOS). DE ACUERDO CON EL TABULADOR. INICIAL Y SUBSECUENTES DR JORGE YOLIK RAMIREZ MARIN.**

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 10 MARZO 2026 19:12:26 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

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

JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO

Nombre y Firma



CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **438402 / 3**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **07/03/2026** Hora: **12:10:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **ORTEGA HERNANDEZ TERESA** Parentesco con el Asegurado: **ASCENDIENT**

Fecha de Nacimiento: **15/05/1955** Edad: **70 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **ESOFAGITIS** ICD: **K20**

Tratamiento: **ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO ESOFAGO, ESTOMAGO, Y YA SEA EL DUODENO Y/O CPT: 43235**

Médico Tratante: **JORGE YOLIK RAMIREZ MARIN** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26004406** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **108913** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **ID** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----28149 - 4** No. del SubGrupo: **309**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **GARCIA ORTEGA OSVALDO CESAR**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ 4,318.00
ANESTESIOLOGIA	43235	Cantidad con Letra: CUATRO MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS 0/100 MN.
ANESTESIOLOGO	43235	

Observaciones: **SE TABULAN HONORARIOS MEDICOS POR CONSULTA INICIAL Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DRA GARCIA LOPEZ IVONNE SAMANTHA Y ANESTESIOLOGIA POR SEDACION (2 ESTUDIOS). DE ACUERDO CON EL TABULADOR. INICIAL Y SUBSECUENTES DR JORGE YOLIK RAMIREZ MARIN.**

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 10 MARZO 2026 19:12:26 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

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

JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO

Nombre y Firma



CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **438402 / 4**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **07/03/2026** Hora: **12:10:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **ORTEGA HERNANDEZ TERESA** Parentesco con el Asegurado: **ASCENDIENT**

Fecha de Nacimiento: **15/05/1955** Edad: **70 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **ESOFAGITIS** ICD: **K20**

Tratamiento: **ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO ESOFAGO, ESTOMAGO, Y YA SEA EL DUODENO Y/O CPT: 43235**

Médico Tratante: **JORGE YOLIK RAMIREZ MARIN** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26004406** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **108913** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **ID** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----28149 - 4** No. del SubGrupo: **309**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **GARCIA ORTEGA OSVALDO CESAR**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ 8,993.00
JORGE YOLIK RAMIREZ MARIN	99281	Cantidad con Letra: OCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS 0/100 MN.
	99261	
CONSULTA(S) MEDICA(S)		

Observaciones: **SE TABULAN HONORARIOS MEDICOS POR CONSULTA INICIAL Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DRA GARCIA LOPEZ IVONNE SAMANTHA Y ANESTESIOLOGIA POR SEDACION (2 ESTUDIOS). DE ACUERDO CON EL TABULADOR. INICIAL Y SUBSECUENTES DR JORGE YOLIK RAMIREZ MARIN.**

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 10 MARZO 2026 19:12:26 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

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

JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO

Nombre y Firma