

## ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Tipo paciente: Hospitalizado

Habitación: CLHA403

Episodio:1501438834

Fecha de Ingreso: 26.03.2026

Hora de Ingreso: 11:42:00

Fecha de Egreso : 27.03.2026

Hora de Egreso : 16:39:00

Paciente: HECTOR ALEJANDRO GOMEZ SOSA

Página: 5 de 5

Fecha: 28.03.2026 Hora: 09:49:47

Compañía: SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIF

Médico: ADRIAN MARTINEZ HERRERA

## RESUMEN DE MOVIMIENTOS POR TIPO DE PRESTACIÓN

CARGOS ADMISIÓN	5,183.47
CARGOS APOYO BIOMÉDICO	9,910.64
CARGOS CIRUGÍA	11,582.17
CARGOS INSUMOS	11,512.78
CARGOS SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	15,304.35
CARGOS SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	11,138.33
CARGOS URGENCIAS	4,853.82
DEDUCIBLES	5,690.56-
DESCUENTO ADMISIÓN	829.36-
DESCUENTO APOYO BIOMÉDICO	1,585.69-
DESCUENTO CIRUGÍA	1,853.14-
DESCUENTO INSUMOS	1,842.03-
DESCUENTO SERV. DE DIAG. Y TRATAMIENTO	2,448.69-
DESCUENTO SERV. Y SUM. DE MEDICAMENTOS	1,782.15-
DESCUENTO URGENCIAS	776.62-

Importe:	69,485.56
Descuentos:	11,117.68-
Sub-total:	58,367.88
IVA (16,00%) :	8,428.37
Total de Cargos:	66,796.25
Deducible:	5,690.56-
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	61,105.69

## ESTADO DE CUENTA

Empresa: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES SA DE CV SUC

Página: 1 de 2

Tipo paciente: Hospitalizado

Fecha: 28.03.2026 Hora: 09:50:26

Habitación: CLHA403

Episodio:1501438834

Paciente: HECTOR ALEJANDRO GOMEZ SOSA

Compañía: Paciente particular

Fecha de Ingreso: 26.03.2026

Hora de Ingreso: 11:42:00

Médico: ADRIAN MARTINEZ HERRERA

Fecha de Egreso : 27.03.2026

Hora de Egreso : 16:39:00

Fecha	Código	Descripción	Cant	Precio Part.	Desc (%)	Precio Cargo	I.V.A.	Importe	Saldo	Hora	Usuario
26.03.2026	2000025388	CUBREBOCA QX AFIL OREJ CBO006-02 C50	1	7.23	0.00	7.23	1.16	8.39	8.39	12:38	HSRIVERA
26.03.2026	2000025280	MEDIA TED RODILLA MD 7115 C12	1	744.12	0.00	744.12	119.06	863.18	871.57	13:12	HSRIVERA
26.03.2026	ATM-100004	ATENCION ESPECIALIZADA HOSPITALIZACION	1	368.93	0.00	368.93	59.03	427.96	1,299.53	13:59	DDIC
26.03.2026	URG-100013	ATENCION EN URGENCIAS B	1	1,874.44	0.00	1,874.44	299.91	2,174.35	3,473.88	17:27	HCCASTILLO
26.03.2026	ADM-100043	USO DE RECOLECTOR DE PUNZO CORTANTES	1	95.25	0.00	95.25	15.24	110.49	3,584.37	17:27	HCCASTILLO
26.03.2026	2000141038	CUTIMED PROTECT SPRAY 28ML 7265301	1	1,155.53	0.00	1,155.53	184.88	1,340.41	4,924.78	17:36	HAAVILA
28.03.2026	DEDUCPART	SERVICIO HOSPITALARIO DEDUCIBLE PART	1	2,845.28	0.00	2,845.28	455.24	3,300.52	8,225.30	09:49	HSALHERNANDE
28.03.2026	DEDUCPART	SERVICIO HOSPITALARIO DEDUCIBLE PART	1	2,845.28	0.00	2,845.28	455.25	3,300.53	11,525.83	09:49	HSALHERNANDE

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

Importe:	4,245.50
Descuentos:	0.00
Sub-total:	4,245.50
IVA (16,00%):	1,589.77
Total de Cargos:	5,835.27
Deducible:	5,690.56
Coaseguro:	0.00
Entrega a cuenta:	0.00
Total a Pagar:	11,525.83

# Carta de Autorización

No. Autorización: 3915130

Incidente: 4780973

## Datos de la hospitalización

Nombre del paciente:	HECTOR ALEJANDRO GOMEZ SOSA	Fecha y hora de ingreso:	
Proveedor:		Siniestro:	1301013
Médico tratante:	ADRIAN MARTINEZ HERRERA	Folio:	CC01GMIHNA26326177

## Datos de la póliza

Número de póliza:	GMM-26673	Certificado:	0018100009	Vigencia de póliza	30/04/2026
Contratante	ONE OCEAN NETWORK EXPRESS SHIPPING MEXICO SA DE	Conducto:			

## Asegurado titular

HECTOR ALEJANDRO GOMEZ SOSA

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Hemorroides de segundo grado	Corresponde a dos siniestros: 1. Pólipo Rectal y 2. Hemorroide grado II

## Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Intervención Quirúrgica	\$9,146.00	Honorarios Médicos quirúrgicos
Intervención Quirúrgica	\$9,053.00	Rectosigmoidoscopia
Consulta, Tratamiento	\$1,404.00	Atención inicial

## Pagos del Asegurado

Deducible:	\$0.00
Coaseguro:	0%
Límite de Coaseguro:	\$25,000.00
Coaseguro Honorarios Médicos:	\$0.00

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos a cargo del asegurado.

No se autoriza el uso de osteoconductores, osteoinductores, osteogénicos, y/o estimuladores de la osteointegración en ninguna de sus modalidades y/o presentaciones, así como sustancias de uso preventivo (por ej. Oxiplex, Guardix). No se autoriza plasma rico en plaquetas, células madre, matriz ósea desmineralizada, injertos ni proteínas morfogenéticas. Favor de comentar lo anterior con su médico tratante y/o asegurado previo a la cirugía.

## Estimado cliente/proveedor:

- Esta carta es válida para su uso (cliente) 30 días a partir de la fecha de impresión y para cobro (proveedor) 60 días a partir del alta hospitalaria.
- La compañía se reserva el derecho de no continuar con la cobertura en caso de practicarse algún tratamiento y/o cirugía adicional.
- Esta carta sustituye e invalida autorizaciones anteriores.
- Este documento carece de validez si se encuentra modificado, con tachaduras, enmendaduras y/o correcciones.
- En caso de recibir atención en un hospital de mayor nivel al contratado o realizarse un procedimiento quirúrgico no amparado por su póliza puede aplicarse un deducible o coaseguro adicional, lo anterior con base en las condiciones de póliza contratada.

Fecha: 28-03-2026

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria



SEGUROS  
MONTERREY

# Carta de Autorización

No. Autorización: 3915131

Incidente: 4780973

## Datos de la hospitalización

Nombre del paciente:	HECTOR ALEJANDRO GOMEZ SOSA	Fecha y hora de ingreso:	
Proveedor:		Siniestro:	1301013
Médico tratante:	ADRIAN MARTINEZ HERRERA	Folio:	CC01GMIHNA26326177

## Datos de la póliza

Número de póliza:	GMM-26673	Certificado:	0018100009	Vigencia de póliza	30/04/2026
Contratante	ONE OCEAN NETWORK EXPRESS SHIPPING MEXICO SA DE	Conducto:			

## Asegurado titular

HECTOR ALEJANDRO GOMEZ SOSA

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Hemorroides de segundo grado	Corresponde a dos siniestros: 1. Pólipo Rectal y 2. Hemorroide grado II

## Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Intervención Quirúrgica	\$2,744.00	Anestesiólogo
Intervención Quirúrgica	\$2,716.00	Rectosigmoidoscopia

## Pagos del Asegurado

Deducible:	\$0.00
Coaseguro:	0%
Límite de Coaseguro:	\$25,000.00
Coaseguro Honorarios Médicos:	\$0.00

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos a cargo del asegurado.

No se autoriza el uso de osteoconductores, osteoinductores, osteogénicos, y/o estimuladores de la osteointegración en ninguna de sus modalidades y/o presentaciones, así como sustancias de uso preventivo (por ej. Oxiplex, Guardix). No se autoriza plasma rico en plaquetas, células madre, matriz ósea desmineralizada, injertos ni proteínas morfogenéticas. Favor de comentar lo anterior con su médico tratante y/o asegurado previo a la cirugía.

## Estimado cliente/proveedor:

- Esta carta es válida para su uso (cliente) 30 días a partir de la fecha de impresión y para cobro (proveedor) 60 días a partir del alta hospitalaria.
- La compañía se reserva el derecho de no continuar con la cobertura en caso de practicarse algún tratamiento y/o cirugía adicional.
- Esta carta sustituye e invalida autorizaciones anteriores.
- Este documento carece de validez si se encuentra modificado, con tachaduras, enmendaduras y/o correcciones.
- En caso de recibir atención en un hospital de mayor nivel al contratado o realizarse un procedimiento quirúrgico no amparado por su póliza puede aplicarse un deducible o coaseguro adicional, lo anterior con base en las condiciones de póliza contratada.

Fecha: 28-03-2026

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria

# Carta de Autorización

No. Autorización: 3915132

Incidente: 4780973

## Datos de la hospitalización

Nombre del paciente:	HECTOR ALEJANDRO GOMEZ SOSA	Fecha y hora de ingreso:	
Proveedor:		Siniestro:	1301013
Médico tratante:	ADRIAN MARTINEZ HERRERA	Folio:	CC01GMIHNA26326177

## Datos de la póliza

Número de póliza:	GMM-26673	Certificado:	0018100009	Vigencia de póliza	30/04/2026
Contratante	ONE OCEAN NETWORK EXPRESS SHIPPING MEXICO SA DE	Conducto:			

## Asegurado titular

HECTOR ALEJANDRO GOMEZ SOSA

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Hemorroides de segundo grado	Corresponde a dos siniestros: 1. Pólipo Rectal y 2. Hemorroide grado II

## Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Intervención Quirúrgica	\$1,829.00	Primer ayudante
Intervención Quirúrgica	\$1,811.00	Rectosigmoidoscopia

## Pagos del Asegurado

Deducible:	\$0.00
Coaseguro:	0%
Límite de Coaseguro:	\$25,000.00
Coaseguro Honorarios Médicos:	\$0.00

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos a cargo del asegurado.

No se autoriza el uso de osteoconductores, osteoinductores, osteogénicos, y/o estimuladores de la osteointegración en ninguna de sus modalidades y/o presentaciones, así como sustancias de uso preventivo (por ej. Oxiplex, Guardix). No se autoriza plasma rico en plaquetas, células madre, matriz ósea desmineralizada, injertos ni proteínas morfogenéticas. Favor de comentar lo anterior con su médico tratante y/o asegurado previo a la cirugía.

## Estimado cliente/proveedor:

- Esta carta es válida para su uso (cliente) 30 días a partir de la fecha de impresión y para cobro (proveedor) 60 días a partir del alta hospitalaria.
- La compañía se reserva el derecho de no continuar con la cobertura en caso de practicarse algún tratamiento y/o cirugía adicional.
- Esta carta sustituye e invalida autorizaciones anteriores.
- Este documento carece de validez si se encuentra modificado, con tachaduras, enmendaduras y/o correcciones.
- En caso de recibir atención en un hospital de mayor nivel al contratado o realizarse un procedimiento quirúrgico no amparado por su póliza puede aplicarse un deducible o coaseguro adicional, lo anterior con base en las condiciones de póliza contratada.

Fecha: 28-03-2026

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria



SEGUROS  
MONTERREY

# Carta de Autorización

No. Autorización: 3915128

Incidente: 4781477

## Datos de la hospitalización

Nombre del paciente:	HECTOR ALEJANDRO GOMEZ SOSA	Fecha y hora de ingreso:	
Proveedor:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Siniestro:	1301129
Médico tratante:		Folio:	CC01GMIHNA26326177

## Datos de la póliza

Número de póliza:	GMM-26673	Certificado:	0018100009	Vigencia de póliza	30/04/2026
Contratante	ONE OCEAN NETWORK EXPRESS SHIPPING MEXICO SA DE	Conducto:			

## Asegurado titular

HECTOR ALEJANDRO GOMEZ SOSA

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Pólipo rectal	Corresponde a dos siniestros: 1. Pólipo Rectal y 2. Hemorroide grado II

## Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Gasto Hospitalario	\$36,000.00	Gastos Hospitalarios

## Pagos del Asegurado

Deducible:	\$3,300.53
Coaseguro:	0%
Límite de Coaseguro:	\$25,000.00

## Coaseguro Honorarios Médicos:

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos a cargo del asegurado.

No se autoriza el uso de osteoconductores, osteoinductores, osteogénicos, y/o estimuladores de la osteointegración en ninguna de sus modalidades y/o presentaciones, así como sustancias de uso preventivo (por ej. Oxiplex, Guardix). No se autoriza plasma rico en plaquetas, células madre, matriz ósea desmineralizada, injertos ni proteínas morfogenéticas. Favor de comentar lo anterior con su médico tratante y/o asegurado previo a la cirugía.

## Estimado cliente/proveedor:

- Esta carta es válida para su uso (cliente) 30 días a partir de la fecha de impresión y para cobro (proveedor) 60 días a partir del alta hospitalaria.
- La compañía se reserva el derecho de no continuar con la cobertura en caso de practicarse algún tratamiento y/o cirugía adicional.
- Esta carta sustituye e invalida autorizaciones anteriores.
- Este documento carece de validez si se encuentra modificado, con tachaduras, enmendaduras y/o correcciones.
- En caso de recibir atención en un hospital de mayor nivel al contratado o realizarse un procedimiento quirúrgico no amparado por su póliza puede aplicarse un deducible o coaseguro adicional, lo anterior con base en las condiciones de póliza contratada.

Fecha: 28-03-2026

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria

# Carta de Autorización

No. Autorización: 3915127

Incidente: 4780973

## Datos de la hospitalización

Nombre del paciente:	HECTOR ALEJANDRO GOMEZ SOSA	Fecha y hora de ingreso:	
Proveedor:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Siniestro:	1301013
Médico tratante:		Folio:	CC01GMIHNA26326177

## Datos de la póliza

Número de póliza:	GMM-26673	Certificado:	0018100009	Vigencia de póliza	30/04/2026
Contratante	ONE OCEAN NETWORK EXPRESS SHIPPING MEXICO SA DE	Conducto:			

## Asegurado titular

HECTOR ALEJANDRO GOMEZ SOSA

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Hemorroides de segundo grado	Corresponde a dos siniestros: 1. Pólipo Rectal y 2. Hemorroide grado II

## Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Gasto Hospitalario	\$36,000.00	Gastos Hospitalarios

## Pagos del Asegurado

Deducible:	\$3,300.53
Coaseguro:	0%
Límite de Coaseguro:	\$25,000.00
Coaseguro Honorarios Médicos:	\$0.00

Solo se cubren los gastos relacionados con el padecimiento autorizado. Gastos extra, personales y diferencia de honorarios médicos a cargo del asegurado.

No se autoriza el uso de osteoconductores, osteoinductores, osteogénicos, y/o estimuladores de la osteointegración en ninguna de sus modalidades y/o presentaciones, así como sustancias de uso preventivo (por ej. Oxiplex, Guardix). No se autoriza plasma rico en plaquetas, células madre, matriz ósea desmineralizada, injertos ni proteínas morfogenéticas. Favor de comentar lo anterior con su médico tratante y/o asegurado previo a la cirugía.

## Estimado cliente/proveedor:

- Esta carta es válida para su uso (cliente) 30 días a partir de la fecha de impresión y para cobro (proveedor) 60 días a partir del alta hospitalaria.
- La compañía se reserva el derecho de no continuar con la cobertura en caso de practicarse algún tratamiento y/o cirugía adicional.
- Esta carta sustituye e invalida autorizaciones anteriores.
- Este documento carece de validez si se encuentra modificado, con tachaduras, enmendaduras y/o correcciones.
- En caso de recibir atención en un hospital de mayor nivel al contratado o realizarse un procedimiento quirúrgico no amparado por su póliza puede aplicarse un deducible o coaseguro adicional, lo anterior con base en las condiciones de póliza contratada.

Fecha: 28-03-2026

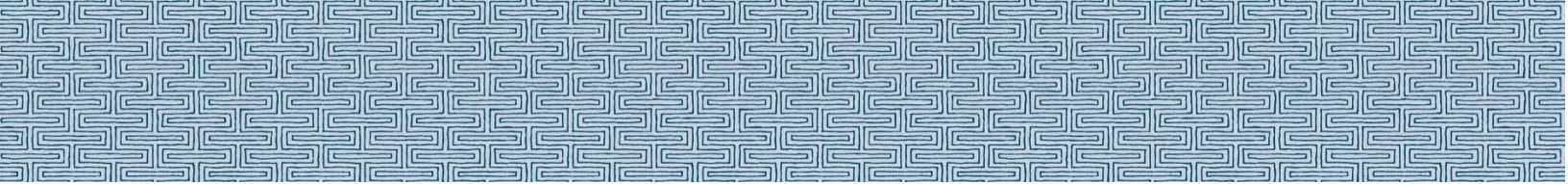
Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria



SEGUROS  
MONTERREY



Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma



SEGUROS  
MONTERREY