

CARTA AUTORIZACIÓN  
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **433499 / 3**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:**HOSPITAL ANGELES LONDRES**Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO**Fecha de Ingreso:**15/12/2025** Hora: **12:52:00 HRS**

DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **DE ANDA MARQUEZ JORGE ARTURO**Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **14/01/1995** Edad: **30 AÑOS** Sexo: **MASCULINO**Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**

DD MM AAAA

Diagnóstico: **GOTA, NO ESPECIFICADA**ICD: **M10.9**

Tratamiento: **CONSULTA PROFESIONAL PARA PACIENTE INTERNADO VO.BO. CPT 99261, NO APLICA PROCEDIMIENTO QUI CPT: 99261**

Médico Tratante: **FRANCISCO JAVIER VEGA PINKNEY**Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL**No. Siniestro: **00025028698**Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100113**Vigencia: **31/12/2025**Identificado con: **INE**Estatus: **EN VIGOR**

DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024**Certificado No.: **-----240083**- **0**No. del SubGrupo: **1**

DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL**Titular: **DE ANDA MARQUEZ JORGE ARTURO**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **219.41**

Cargo a Cuenta del AseguradoCantidad con Letra: **DOSCIENTOS DIECINUEVE PESOS 41/100 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:

CARTA COMPLEMENTO QUE CUBRE MONTO TOTAL EROGADO || DESVÍOS: TOALLA CAVILON, TERMOMETRO, ORINAL, RECOLECTOR DE PUNZOCORTANTES, AC.ANTI-NUCLEARES IF, FACTOR REUMATOIDE, FRACCION COMPLEMENTO C3 Y C4, AC.ANTI-CITOPLASMA DE NEUTROFILOS, AC.ANTI-VIH, HEPATITIS C Y HEPATITIS B.

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 19 DICIEMBRE 2025 13:26:54 HRS.**

Médico Dictaminador  
Departamento de Indemnizaciones  
Gastos Médicos Mayores.  
Seguros Banorte, S.A. de C.V.  
Grupo Financiero Banorte  
**ANDREA ESTRADA ROMERO**  
Nombre y Firma

Asegurado y/o Familiar  
  
  
Nombre y Firma

Recibe Hospital  
  
**HOSPITAL ANGELES LONDRES**  
Nombre y Firma