

CARTA AUTORIZACIÓN  
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **433861 / 2**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:**HOSPITAL ANGELES LONDRES**Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO**Fecha de Ingreso:**18/12/2025** Hora: **23:10:00 HRS**

DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **ROBLEDO TELLO JUAN ALBERTO**Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **29/12/1980** Edad: **45 AÑOS** Sexo: **MASCULINO**Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**

DD MM AAAA

Diagnóstico: **LARINGITIS AGUDA**ICD: **J04.0**

Tratamiento: **LARINGOSCOPIA**CPT: **31535**

Médico Tratante: **JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARRIDO**Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL**No. Siniestro: **25028845**Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **122813**Vigencia: **31/12/2025**Identificado con: **INE**Estatus: **EN VIGOR**

DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024**Certificado No.: **-----8869****- 0**No. del SubGrupo: **126**

DD MM AAAA

Contratante: **TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACION**Titular: **ROBLEDO TELLO JUAN ALBERTO**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **60,801.43**

Cargo a Cuenta del AseguradoCantidad con Letra: **SESENTA MIL OCHOCIENTOS UNO PESOS 43/100 MN.**

Deducible: \$ **12,038.11**Cantidad con Letra: **DOCE MIL TREINTA Y OCHO PESOS 11/100 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 COBERTURA POR GASTOS HOSPITAALRIOS.**

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 LUNES 22 DICIEMBRE 2025 05:13:29 HRS.**

Médico Dictaminador  
Departamento de Indemnizaciones  
Gastos Médicos Mayores.  
Seguros Banorte, S.A. de C.V.  
Grupo Financiero Banorte  
**ANA KAREN SANDOVAL PEREZ**  
Nombre y Firma

Asegurado y/o Familiar  
  
  
Nombre y Firma

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