

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOSOficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**Folio: **433861 / 7**

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**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:

CPT:

Suma Autorizada: \$ **7,840.00****31535**Cantidad con Letra: **SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS
0/100 MN.**

CIRUJANO

Observaciones: **CARTA COBERTURA POR HM DRA KARLA PATRICIA SALMORAN (MEDICO SE AJUSTA A TABULADOR) POR LARINGOSCOPIA.
NO SE JUSTIFICA PARTICIPACION DE 1ER AYUDANTE**

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 06:43:02 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