

Carta de Autorización

No. Autorización: 3848909

Incidente: 4696953

Datos de la hospitalización

Nombre del paciente:	DIEGO URIEL JARAMILLO LUNA	Fecha y hora de ingreso:	
Proveedor:	HOSPITAL ANGELES CLINICA LONDRES	Siniestro:	1277884
Médico tratante:		Folio:	CC00GMIHNA25G23007

Datos de la Póliza

Número de póliza: GM0000672310 Vigencia de póliza: 3/10/26

Contratante DIEGO URIEL JARAMILLO LUNA

Asegurado titular

DIEGO URIEL JARAMILLO LUNA

Diagnóstico	Padecimiento	Notas
DIAGNÓSTICO FINAL	Traumatismo del tendón del manguito rotatorio del hombro	Se autoriza la cirugía con el proveedor de insumos quirúrgicos ORTHOPEDICS HADAR. En caso de presentarse un cambio de proveedor, se cubrirán los conceptos de renta, implantes y consumibles conforme al costo promedio previamente autorizado, sin exceder los montos establecidos.

Pagos de servicios

Concepto	Monto autorizado	Notas
Gasto Hospitalario	\$503,000.00	Esta carta anula y sustituye a 3830745

Pagos del asegurado

Copago:	\$16,500.00
Participación (%):	10
Tope de participación:	\$95,000.00
Participación de honorarios médicos:	\$5,224.25

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. Oxiplus, Guardix). No se autoriza plasma rico en plaquetas, células madre, matriz ósea desmineralizada, injertos óseos 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: 24-12-2025

Indemnización Gastos Médicos

Paciente o Familiar

Recepción Hospitalaria

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma