

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOSOficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**Folio: **434249 / 1**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **24/12/2025** Hora: **07:07:24 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **CORNEJO TREJO ISABEL** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **29/07/1980** Edad: **45 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **DESVIACION DEL TABIQUE NASAL** ICD: **J34.2**

Tratamiento: **SEPTOPLASTIA O RESECCION SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACION DE CARTILAGO, MODIFICACION DEL** CPT: **30520**

Médico Tratante: **ALDO ESTRADA HERRERA** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **25028607** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100113** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **CP** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----215681** - **0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **CORNEJO TREJO ISABEL**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:

CPT:

Suma Autorizada: \$ **17,010.00****30520**Cantidad con Letra: **DIECISIETE MIL DIEZ PESOS 0/100 MN.****ALDO ESTRADA HERRERA**

CIRUJANO

Observaciones: **CARTA QUE CANCELA FOLIO: 161225806703, SE CUBREN HONORARIOS MEDICOS.**

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 MIÉRCOLES 24 DICIEMBRE 2025 18:21:30 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte**CINTHIA BERENICE AVILA RESENDIZ**

Nombre y Firma

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOSOficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**Folio: **434249 / 2**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **24/12/2025** Hora: **07:07:24 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **CORNEJO TREJO ISABEL** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **29/07/1980** Edad: **45 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **DESVIACION DEL TABIQUE NASAL** ICD: **J34.2**

Tratamiento: **SEPTOPLASTIA O RESECCION SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACION DE CARTILAGO, MODIFICACION DEL** CPT: **30520**

Médico Tratante: **ALDO ESTRADA HERRERA** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **25028607** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100113** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **CP** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----215681** - **0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **CORNEJO TREJO ISABEL**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ 3,402.00
AYUDANTE	30520	Cantidad con Letra: TRES MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS 0/100 MN.
AYUDANTE		

Observaciones: **CARTA QUE CANCELA FOLIO: 161225806703, SE CUBREN HONORARIOS MEDICOS.**

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 MIÉRCOLES 24 DICIEMBRE 2025 18:21:30 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones

Gastos Médicos Mayores.

Seguros Banorte, S.A. de C.V.

Grupo Financiero Banorte

CINTHIA BERENICE AVILA RESENDIZ

Nombre y Firma

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOSOficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**Folio: **434249 / 3**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **24/12/2025** Hora: **07:07:24 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **CORNEJO TREJO ISABEL** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **29/07/1980** Edad: **45 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **DESVIACION DEL TABIQUE NASAL** ICD: **J34.2**

Tratamiento: **SEPTOPLASTIA O RESECCION SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACION DE CARTILAGO, MODIFICACION DEL** CPT: **30520**

Médico Tratante: **ALDO ESTRADA HERRERA** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **25028607** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100113** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **CP** Estatus: **EN VIGOR**
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----215681** - **0** No. del SubGrupo: **1**
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **CORNEJO TREJO ISABEL**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ 5,103.00
ANESTESIOLOGIA	30520	Cantidad con Letra: CINCO MIL CIENTO TRES PESOS 0/100 MN.
ANESTESIOLOGO		

Observaciones: **CARTA QUE CANCELA FOLIO: 161225806703, SE CUBREN HONORARIOS MEDICOS.**

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 MIÉRCOLES 24 DICIEMBRE 2025 18:21:30 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

Seguros Banorte, S.A. de C.V.
Grupo Financiero Banorte

CINTHIA BERENICE AVILA RESENDIZ

Nombre y Firma