

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS



Oficina:	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
ALDO ESTRADA HERRERA	30520	Cantidad con Letra:	DIECISIETE MIL DIEZ PESOS 0/100 MN.
CIRUJANO			

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

Esta carta tiene validez de treinta dias naturales a partir de la fecha de emision.
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

SET-04-04-80

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	434249 / 2
----------	-----------------------------	--------	------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN												
Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	24/12/2025	DD MM AAAA	Hora:	07:07:24 HRS				
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 dias naturales a partir de la fecha de emision.

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

SET-04-04-80

CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS



Oficina: CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN

Folio: 434249 / 3

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: HOSPITAL ANGELES LONDRES

Estado: ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO

Fecha de Ingreso: 24/12/2025

DD MM AAAA

Hora: 07:07:24 HRS

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

DD MM AAAA

Edad: 45 AÑOS

Sexo: FEMENINO

Causa de Internamiento: ENFERMEDAD

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

DD MM AAAA

Identificado con: CP

Estatus: EN VIGOR

Fecha de Alta de la Póliza: 31/12/2024

DD MM AAAA

Certificado No.: -----215681

- 0

No. del SubGrupo: 1

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 dias naturales a partir de la fecha de emision.

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

SET-04-04-80