

**CARTA AUTORIZACIÓN  
HOSPITALIZACIÓN**



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **436197 / 1**

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **30/01/2026** Hora: **20:20:39 HRS**  
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **GONZALEZ GOLLAZ ANA XIMENA** Parentesco con el Asegurado: **HIJO (A)**

Fecha de Nacimiento: **20/06/2004** Edad: **21 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ACCIDENTE**  
DD MM AAAA

Diagnóstico: **TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA** ICD: **M23**

Tratamiento: **CONSULTA PROFESIONAL PARA PACIENTE INTERNADO VO.BO. CPT 99261, NO APLICA PROCEDIMIENTO QUI CPT: 99261**

Médico Tratante: **MARCO ANTONIO ALVARADO SANCHEZ** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **COMPLEMENTO** No. Siniestro: **00026001883** Ramo: **1036**

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Póliza No.: **100713** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **INE** Estatus: **EN VIGOR**  
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----26054 - 1** No. del SubGrupo: **1**  
DD MM AAAA

Contratante: **SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION** Titular: **GOLLAZ LEON ANA CLAUDIA**

**DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN**

Suma Autorizada: \$ **40,324.00**

Cargo a Cuenta del Asegurado Cantidad con Letra: **CUARENTA MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS 0/100 MN.**

Deducible: \$ **8,598.65** Cantidad con Letra: **OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS 65/100 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: **INGRESO HOSPITALARIO 30.01.2026 SE CUBRE HOSPITAL Y HONORARIOS MÉDICOS DE ACUERDO A TABULADOR APLICA DEDUCIBLE \$8598.65 Y COASEGURO 0%. DESVIOS EN CLAIMS 1501327760**

**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 DOMINGO 01 FEBRERO 2026 01:50:35 HRS.**

Médico Dictaminador

Asegurado y/o Familiar

Recibe Hospital

Departamento de Indemnizaciones  
Gastos Médicos Mayores.

Seguros Banorte, S.A. de C.V.  
Grupo Financiero Banorte  
**SAID URBINA TERAN**

**HOSPITAL ANGELES LONDRES**

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma