



CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **436197 / 2**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **30/01/2026** Hora: **20:39:00 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 Q 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**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ 4,800.00
ALVARADO SANCHEZ MARCO ANTONIO	99281 99261	Cantidad con Letra: CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS 0/100 MN.
CONSULTA(S) MEDICA(S)		

Observaciones: **INGRESO HOSPITALARIO 30.01.2026 SE CUBREN HONORARIOS MÉDICOS DR. ALVARADO SANCHEZ MARCO ANTONIO POR ATENCION DE URGENCIAS Y 1 DIA DE SEGUIMEITNO MEDICO APLICA COASEGURO DE HONORARIOS MÉDICOS 0%.**

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 DOMINGO 01 FEBRERO 2026 01:54:43 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones
Gastos Médicos Mayores.

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

SAID URBINA TERAN

Nombre y Firma