

CARTA AUTORIZACIÓN  
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **437628 / 1**

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **24/02/2026** Hora: **12:12:45 HRS**  
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **ESCOBAR MANON ALEJANDRA** Parentesco con el Asegurado: **HIJO (A)**

Fecha de Nacimiento: **30/10/1993** Edad: **32 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ACCIDENTE**  
DD MM AAAA

Diagnóstico: **CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PEL** ICD: **S30.0**

Tratamiento: **CONSULTA PROFESIONAL PARA PACIENTE INTERNADO** CPT: **99261**

Médico Tratante: **ARTURO LARRAZOLO OCHOA** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26003499** Ramo: **1036**

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Póliza No.: **108813** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **INE** Estatus: **EN VIGOR**  
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----11030 - 1** No. del SubGrupo: **33**  
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **MA?ON DOMINGUEZ DOLORES**

**DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN**

Suma Autorizada: \$ **48,822.54**

Cargo a Cuenta del Asegurado

Cantidad con Letra: **CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS VEINTIDOS PESOS 54/100 MN.**

Deducible: \$ **8,915.55**

Cantidad con Letra: **OCHO MIL NOVECIENTOS QUINCE PESOS 55/100 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: **PROCEDE SINIESTRO INICIAL POR ACCIDENTE. SE AUTORIZAN GASTOS HOSPITALARIOS; APLICA DEDUCIBLE 2.5 UMAM (\$8,915.55), SIN COASEGURO, DESVÍOS DEL ESTADO DE CUENTA TERMOMETRO CUARZO LIQUIDO S/C C50**

**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 25 FEBRERO 2026 17:17:46 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

**ALEJANDRA GUADALUPE SALAS GRANADOS**

**HOSPITAL ANGELES LONDRES**

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma

SEP020 HIDALGO 250 PTE. COL.CENTRO C.P.64000 MONTERREY, N.L. TEL: 01-800-201-6764

HOSPITAL