

CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOS



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **438835 / 3**

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **13/03/2026** Hora: **20:17:00 HRS**  
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **VAZQUEZ HERNANDEZ OSCAR** Parentesco con el Asegurado: **CONYUGE**

Fecha de Nacimiento: **01/05/1973** Edad: **52 AÑOS** Sexo: **MASCULINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**  
DD MM AAAA

Diagnóstico: **FISTULA ANORRECTAL** ICD: **K60.5**

Tratamiento: **TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FISTULA ANAL (FISULECTOMIA/ FISTULOTOMIA); SUBMUSCULAR** CPT: **46275**

Médico Tratante: **MARTINEZ HERRERA ADRIAN** Red: **SI** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26004783** Ramo: **1036**

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Póliza No.: **100613** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **ID** Estatus: **EN VIGOR**  
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----28596 - 1** No. del SubGrupo: **1**  
DD MM AAAA

Contratante: **SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION** Titular: **HERNANDEZ MEDINA CATALINA**

**HONORARIOS MÉDICOS**

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ <b>3,854.00</b>
<b>AYUDANTE</b>	<b>46275</b>	Cantidad con Letra: <b>TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS 0/100 MN.</b>
<b>AYUDANTE</b>		

Observaciones: **SE TABULAN HONORARIOS MEDICOS POR CONSULTA DE URG Y PROCEDIMIENTO REALIZADO DR MARTINEZ HERRERA ADRIAN Y EQUIPO QX, DE ACUERDO CON EL TABULADOR.**

**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 SÁBADO 14 MARZO 2026 20:33:41 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones  
Gastos Médicos Mayores.

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

**JUAN ANTONIO SAUCEDA CASTRO**

Nombre y Firma