



CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOS

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **438662 / 4**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **11/03/2026** Hora: **23:06:00 HRS**  
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **ORTEGA HERNANDEZ TERESA** Parentesco con el Asegurado: **ASCENDIENT**

Fecha de Nacimiento: **15/05/1955** Edad: **70 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**  
DD MM AAAA

Diagnóstico: **HEMORROIDES** ICD: **184**

Tratamiento: **COLONOSCOPIA, FLEXIBLE, PROXIMAL AL ANGULO ESPLENICO; CON BIOPSIA, UNICA O MULTIPLE** CPT: **45380**

Médico Tratante: **JORGE YOLIK RAMIREZ MARIN** Red: **NO** Staff: **NO** Endoso: **NO**

Tipo de Siniestro: **COMPLEMENTO** No. Siniestro: **26004819** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **108913** Vigencia: **31/12/2025** Identificado con: **INE/POLIZA** Estatus: **EN VIGOR**  
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----28149 - 4** No. del SubGrupo: **309**  
DD MM AAAA

Contratante: **CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL** Titular: **GARCIA ORTEGA OSVALDO CESAR**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ <b>7,839.00</b>
<b>JORGE YOLIK RAMIREZ MARIN</b>	<b>99281</b>	Cantidad con Letra: <b>SIETE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS 0/100 MN.</b>
<b>CONSULTA(S)</b>	<b>99261</b>	
<b>MEDICA(S)</b>		

Observaciones: **SE OTORGAN HONORARIOS DE ACUERDO CON TABULADOR CONTRATADO.**

**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 15 MARZO 2026 15:22:28 HRS.**

Médico Dictaminador

Departamento de Indemnizaciones  
Gastos Médicos Mayores.

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

**VIRIDIANA PRADO PELAEZ**

Nombre y Firma