

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **439159 / 1**

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **19/03/2026** Hora: **17:11:00 HRS**
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **LOPEZ BUSTAMANTE GEORGINA** Parentesco con el Asegurado: **TITULAR**

Fecha de Nacimiento: **07/09/1982** Edad: **43 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**
DD MM AAAA

Diagnóstico: **ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO** ICD: **K57**

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

Médico Tratante: **ARTURO GONZALEZ ZUÑIGA (SE AJUSTA)** Red: **NO** Staff: **SI** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **00026005259** Ramo: **1036**

DATOS DE LA PÓLIZA

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

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2024** Certificado No.: **-----63588 - 0** No. del SubGrupo: **4**
DD MM AAAA

Contratante: **SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION** Titular: **LOPEZ BUSTAMANTE GEORGINA**

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$ **51,951.00**

Cargo a Cuenta del Asegurado Cantidad con Letra: **CINCUENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y UNO PESOS 0/100 MN.**

Deducible: \$ **12,481.77** Cantidad con Letra: **DOCE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y UNO PESOS 77/100 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: **INICIAL, APLICA DEDUCIBLE, SE CUBREN GASTOS HOSPITALARIOS, FAVOR DE EXCLUIR DE LA CUENTA: TERMOMETRO. GRACIAS**

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 SÁBADO 21 MARZO 2026 12:30:04 HRS.**

Médico Dictaminador

Asegurado y/o Familiar

Recibe Hospital



CRISTINA ARLETT POTENCIANO PADILLA

Nombre y Firma

Nombre y Firma

HOSPITAL ANGELES LONDRES

Nombre y Firma

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

HOSPITAL