



CARTA DE AUTORIZACION
HONORARIOS

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **439159 / 2**

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**

HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$ 10,921.00
ARTURO GONZALEZ ZUÑIGA	45380	Cantidad con Letra: DIEZ MIL NOVECIENTOS VEINTIUNO PESOS 0/100 MN.
	99281	
	99261	
CIRUJANO		

Observaciones: **SE CUBREN HONORARIOS, CIRUJANO DR ARTURO GONZALEZ ZUÑIGA**

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 21 MARZO 2026 12:33:58 HRS.**

Médico Dictaminador



CRISTINA ARLETT POTENCIANO PADILLA

Nombre y Firma