



**CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOS**

Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	439187 / 8
----------	-----------------------------	--------	------------

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	20/03/2026 DD MM AAAA	Hora:	06:18:00 HRS		
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.			RFC:	OHA051017KE7R				
Nombre del Paciente:	PEREZ MIRANDA TANIA MAGALLY			Parentesco con el Asegurado:	CONYUGE				
Fecha de Nacimiento:	06/01/1990 DD MM AAAA	Edad:	36 AÑOS	Sexo:	FEMENINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD		
Diagnóstico:	CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS			ICD:	K80.4				
Tratamiento:	COLECISTECTOMIA (CUALQUIER METODO)			CPT:	56340				
Médico Tratante:	GARCIA GARMA MARTINEZ ADRIAN			Red:	SI	Staff:	SI	Endoso:	NO
Tipo de Siniestro:	COMPLEMENTO	No. Siniestro:	26005495	Ramo:	1036				

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Póliza No.:	100114	Vigencia:	31/12/2026 DD MM AAAA	Identificado con:	INE	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2025 DD MM AAAA	Certificado No.:	-----219531	-	1	No. del SubGrupo:	1
Contratante:	ORGANO DE ADMINISTRACION JUDICIAL			Titular:	ROBLES RIVERA HUGO		

**HONORARIOS MÉDICOS**

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	4,818.00
ANESTESIOLOGO	43262	Cantidad con Letra:	CUATRO MIL OCHOCIENTOS DIECIOCHO PESOS 0/100 MN.
ANESTESIOLOGO			

Observaciones: INGRESO HOSPITALARIO 20.03.2026 SE CUBREN HONORARIOS MÉDICOS DR. OLAVIDE AGUILAR RAMON POR CPRE CON EQUIPO QUIRURGICO APLICA COASEGURO DE HONORARIOS MÉDICOS 0%.

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 MARTES 24 MARZO 2026 20:22:06 HRS.

**Médico Dictaminador**

Departamento de Indemnizaciones  
Gastos Médicos Mayores.  
Seguros Banorte, S.A. de C.V.  
Grupo Financiero Banorte

**SAID URBINA TERAN**

Nombre y Firma

SET-04-04-80



**CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOS**

Oficina:	<b>CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN</b>	Folio:	<b>439187 / 6</b>
----------	------------------------------------	--------	-------------------

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital:	<b>HOSPITAL ANGELES LONDRES</b>	Estado:	<b>ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO</b>	Fecha de Ingreso:	<b>20/03/2026</b>	Hora:	<b>06:18:00 HRS</b>
Nombre Fiscal:	<b>OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.</b>			RFC:	<b>OHA051017KE7R</b>		
Nombre del Paciente:	<b>PEREZ MIRANDA TANIA MAGALLY</b>			Parentesco con el Asegurado:	<b>CONYUGE</b>		
Fecha de Nacimiento:	<b>06/01/1990</b>	Edad:	<b>36 AÑOS</b>	Sexo:	<b>FEMENINO</b>	Causa de Internamiento:	<b>ENFERMEDAD</b>
Diagnóstico:	<b>CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS</b>					ICD:	<b>K80.4</b>
Tratamiento:	<b>COLECISTECTOMIA (CUALQUIER METODO)</b>					CPT:	<b>56340</b>
Médico Tratante:	<b>GARCIA GARMA MARTINEZ ADRIAN</b>			Red:	<b>SI</b>	Staff:	<b>SI</b>
				Endoso:	<b>NO</b>		
Tipo de Siniestro:	<b>COMPLEMENTO</b>	No. Siniestro:	<b>26005495</b>	Ramo:	<b>1036</b>		

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Póliza No.:	<b>100114</b>	Vigencia:	<b>31/12/2026</b>	Identificado con:	<b>INE</b>	Estatus:	<b>EN VIGOR</b>
Fecha de Alta de la Póliza:	<b>31/12/2025</b>	Certificado No.:	<b>-----219531</b>		<b>- 1</b>	No. del SubGrupo:	<b>1</b>
Contratante:	<b>ORGANO DE ADMINISTRACION JUDICIAL</b>			Titular:	<b>ROBLES RIVERA HUGO</b>		

**HONORARIOS MÉDICOS**

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	<b>16,060.00</b>
<b>OLAVIDE AGUILAR RAMON</b>	<b>43262</b>	Cantidad con Letra:	<b>DIECISEIS MIL SESENTA PESOS 0/100 MN.</b>
<b>CIRUJANO</b>			

Observaciones: **INGRESO HOSPITALARIO 20.03.2026 SE CUBREN HONORARIOS MÉDICOS DR. OLAVIDE AGUILAR RAMON POR CPRE CON EQUIPO QUIRURGICO APLICA COASEGURO DE HONORARIOS MÉDICOS 0%.**

**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 MARTES 24 MARZO 2026 20:22:06 HRS.**

**Médico Dictaminador**

Departamento de Indemnizaciones  
Gastos Médicos Mayores.  
Seguros Banorte, S.A. de C.V.  
Grupo Financiero Banorte

**SAID URBINA TERAN**

**Nombre y Firma**

SET-04-04-80



**CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOS**

Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	439187 / 7
----------	-----------------------------	--------	------------

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	20/03/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Hora:	06:18:00 HRS
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.			RFC:	OHA051017KE7R		
Nombre del Paciente:	PEREZ MIRANDA TANIA MAGALLY			Parentesco con el Asegurado:	CONYUGE		
Fecha de Nacimiento:	06/01/1990 <small>DD MM AAAA</small>	Edad:	36 AÑOS	Sexo:	FEMENINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD
Diagnóstico:	CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS				ICD:	K80.4	
Tratamiento:	COLECISTECTOMIA (CUALQUIER METODO)				CPT:	56340	
Médico Tratante:	GARCIA GARMA MARTINEZ ADRIAN			Red:	SI	Staff:	SI
				Endoso:	NO		
Tipo de Siniestro:	COMPLEMENTO	No. Siniestro:	26005495	Ramo:	1036		

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Póliza No.:	100114	Vigencia:	31/12/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Identificado con:	INE	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Certificado No.:	-----219531		- 1	No. del SubGrupo:	1
Contratante:	ORGANO DE ADMINISTRACION JUDICIAL			Titular:	ROBLES RIVERA HUGO		

**HONORARIOS MÉDICOS**

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	3,212.00
AYUDANTE	43262	Cantidad con Letra:	TRES MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS 0/100 MN.
AYUDANTE			

Observaciones: INGRESO HOSPITALARIO 20.03.2026 SE CUBREN HONORARIOS MÉDICOS DR. OLAVIDE AGUILAR RAMON POR CPRE CON EQUIPO QUIRURGICO APLICA COASEGURO DE HONORARIOS MÉDICOS 0%.

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 MARTES 24 MARZO 2026 20:22:06 HRS.

**Médico Dictaminador**

Departamento de Indemnizaciones  
Gastos Médicos Mayores.  
Seguros Banorte, S.A. de C.V.  
Grupo Financiero Banorte

**SAID URBINA TERAN**

Nombre y Firma

SET-04-04-80

**CARTA AUTORIZACIÓN  
HOSPITALIZACIÓN**



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	439187 / 5
----------	-----------------------------	--------	------------

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital: HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado: ALCALDIA CUAUHEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso: 20/03/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Hora: 06:18:00 HRS
Nombre Fiscal: OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.	RFC: OHA051017KE7R		
Nombre del Paciente: PEREZ MIRANDA TANIA MAGALLY	Parentesco con el Asegurado: CONYUGE		
Fecha de Nacimiento: 06/01/1990 <small>DD MM AAAA</small>	Edad: 36 AÑOS	Sexo: FEMENINO	Causa de Internamiento: ENFERMEDAD
Diagnóstico: CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS	ICD: K80.4		
Tratamiento: COLECISTECTOMIA (CUALQUIER METODO)	CPT: 56340		
Médico Tratante: GARCIA GARMA MARTINEZ ADRIAN	Red: SI	Staff: SI	Endoso: SI
Tipo de Siniestro: INICIAL	No. Siniestro: 26005495	Ramo: 1036	

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Póliza No.: 100114	Vigencia: 31/12/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Identificado con: INE	Estatus: EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza: 31/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Certificado No.: -----219531	- 1	No. del SubGrupo: 1
Contratante: ORGANO DE ADMINISTRACION JUDICIAL	Titular: ROBLES RIVERA HUGO		

**DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN**

Suma Autorizada: \$ 264,361.65	Cantidad con Letra: <b>DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y UNO PESOS 65/100 MN.</b>
Cargo a Cuenta del Asegurado	Cantidad con Letra: <b>OCHO MIL NOVECIENTOS QUINCE PESOS 55/100 MN.</b>
Deducible: \$ 8,915.55	% correspondiente en coaseguro sobre cuenta hospitalaria (si aplica)
Coaseguro: 0.00 %	Cantidad con Letra:
Coaseguro Hon: \$ 0.00	

Observaciones:	SE CUBRE GASTO HOSPITALARIO, APLICA DEDUCIBLE SIN COASEGURO. DESVÍOS EN WEE CLAIMS.
----------------	---

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 MARTES 24 MARZO 2026 18:00:53 HRS.
----------------	---

<b>Médico Dictaminador</b> Departamento de Indemnizaciones Gastos Médicos Mayores. Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte <b>CINTHIA BERENICE AVILA RESENDIZ</b> Nombre y Firma	<b>Asegurado y/o Familiar</b>  Nombre y Firma	<b>Recibe Hospital</b>  HOSPITAL ANGELES LONDRES Nombre y Firma
---	---	--



**CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOS**

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **439187 / 4**

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **20/03/2026** Hora: **06:06:18 HRS**  
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **PEREZ MIRANDA TANIA MAGALLY** Parentesco con el Asegurado: **CONYUGE**

Fecha de Nacimiento: **06/01/1990** Edad: **36 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**  
DD MM AAAA

Diagnóstico: **CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS** ICD: **K80.4**

Tratamiento: **COLECISTECTOMIA (CUALQUIER METODO)** CPT: **56340**

Médico Tratante: **GARCIA GARMA MARTINEZ ADRIAN** Red: **SI** Staff: **SI** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26005495** Ramo: **1036**

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Póliza No.: **100114** Vigencia: **31/12/2026** Identificado con: **INE** Estatus: **EN VIGOR**  
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2025** Certificado No.: **-----219531** - **1** No. del SubGrupo: **1**  
DD MM AAAA

Contratante: **ORGANO DE ADMINISTRACION JUDICIAL** Titular: **ROBLES RIVERA HUGO**

**HONORARIOS MÉDICOS**

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	<b>3,533.00</b>
<b>2DO AYUDANTE</b>	<b>56340</b>	Cantidad con Letra:	<b>TRES MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS 0/100 MN.</b>
<b>2do AYUDANTE</b>			

Observaciones: **MEDICO DE RED, SE CUBREN HONORARIOS MEDICOS.**

**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 MARTES 24 MARZO 2026 17:47:24 HRS.**

**Médico Dictaminador**

Departamento de Indemnizaciones  
Gastos Médicos Mayores.  
Seguros Banorte, S.A. de C.V.  
Grupo Financiero Banorte

**CINTHIA BERENICE AVILA RESENDIZ**

**Nombre y Firma**



**CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOS**

Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	439187 / 3
----------	-----------------------------	--------	------------

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	20/03/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Hora:	06:06:18 HRS
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.			RFC:	OHA051017KE7R		
Nombre del Paciente:	PEREZ MIRANDA TANIA MAGALLY			Parentesco con el Asegurado:	CONYUGE		
Fecha de Nacimiento:	06/01/1990 <small>DD MM AAAA</small>	Edad:	36 AÑOS	Sexo:	FEMENINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD
Diagnóstico:	CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS			ICD:	K80.4		
Tratamiento:	COLECISTECTOMIA (CUALQUIER METODO)			CPT:	56340		
Médico Tratante:	GARCIA GARMA MARTINEZ ADRIAN			Red:	SI	Staff:	SI
				Endoso:	SI		
Tipo de Siniestro:	INICIAL	No. Siniestro:	26005495	Ramo:	1036		

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Póliza No.:	100114	Vigencia:	31/12/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Identificado con:	INE	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Certificado No.:	-----219531		- 1	No. del SubGrupo:	1
Contratante:	ORGANO DE ADMINISTRACION JUDICIAL			Titular:	ROBLES RIVERA HUGO		

**HONORARIOS MÉDICOS**

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	10,600.00
ANESTESIOLOGIA	56340	Cantidad con Letra:	DIEZ MIL SEISCIENTOS PESOS 0/100 MN.
ANESTESIOLOGO			

Observaciones: MEDICO DE RED, SE CUBREN HONORARIOS MEDICOS.

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 MARTES 24 MARZO 2026 17:47:24 HRS.

**Médico Dictaminador**

Departamento de Indemnizaciones  
Gastos Médicos Mayores.  
Seguros Banorte, S.A. de C.V.  
Grupo Financiero Banorte

**CINTHIA BERENICE AVILA RESENDIZ**

Nombre y Firma

SET-04-04-80



**CARTA DE AUTORIZACION  
HONORARIOS**

Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	439187 / 2
----------	-----------------------------	--------	------------

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	20/03/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Hora:	06:06:18 HRS
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.			RFC:	OHA051017KE7R		
Nombre del Paciente:	PEREZ MIRANDA TANIA MAGALLY			Parentesco con el Asegurado:	CONYUGE		
Fecha de Nacimiento:	06/01/1990 <small>DD MM AAAA</small>	Edad:	36 AÑOS	Sexo:	FEMENINO	Causa de Internamiento:	ENFERMEDAD
Diagnóstico:	CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS			ICD:	K80.4		
Tratamiento:	COLECISTECTOMIA (CUALQUIER METODO)			CPT:	56340		
Médico Tratante:	GARCIA GARMA MARTINEZ ADRIAN			Red:	SI	Staff:	SI
				Endoso:	SI		
Tipo de Siniestro:	INICIAL	No. Siniestro:	26005495	Ramo:	1036		

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Póliza No.:	100114	Vigencia:	31/12/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Identificado con:	INE	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Certificado No.:	-----219531	-	1	No. del SubGrupo:	1
Contratante:	ORGANO DE ADMINISTRACION JUDICIAL			Titular:	ROBLES RIVERA HUGO		

**HONORARIOS MÉDICOS**

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	7,066.00
AYUDANTE	56340	Cantidad con Letra:	SIETE MIL SESENTA Y SEIS PESOS 0/100 MN.
AYUDANTE			

Observaciones: MEDICO DE RED, SE CUBREN HONORARIOS MEDICOS.

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 MARTES 24 MARZO 2026 17:47:24 HRS.

**Médico Dictaminador**

Departamento de Indemnizaciones  
Gastos Médicos Mayores.  
Seguros Banorte, S.A. de C.V.  
Grupo Financiero Banorte

**CINTHIA BERENICE AVILA RESENDIZ**

Nombre y Firma

SET-04-04-80



### CARTA DE AUTORIZACION HONORARIOS

Oficina: **CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN**

Folio: **439187 / 1**

#### DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital: **HOSPITAL ANGELES LONDRES** Estado: **ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO** Fecha de Ingreso: **20/03/2026** Hora: **06:06:18 HRS**  
DD MM AAAA

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

Nombre del Paciente: **PEREZ MIRANDA TANIA MAGALLY** Parentesco con el Asegurado: **CONYUGE**

Fecha de Nacimiento: **06/01/1990** Edad: **36 AÑOS** Sexo: **FEMENINO** Causa de Internamiento: **ENFERMEDAD**  
DD MM AAAA

Diagnóstico: **CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS** ICD: **K80.4**

Tratamiento: **COLECISTECTOMIA (CUALQUIER METODO)** CPT: **56340**

Médico Tratante: **GARCIA GARMA MARTINEZ ADRIAN** Red: **SI** Staff: **SI** Endoso: **SI**

Tipo de Siniestro: **INICIAL** No. Siniestro: **26005495** Ramo: **1036**

#### DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.: **100114** Vigencia: **31/12/2026** Identificado con: **INE** Estatus: **EN VIGOR**  
DD MM AAAA

Fecha de Alta de la Póliza: **31/12/2025** Certificado No.: **-----219531** - **1** No. del SubGrupo: **1**  
DD MM AAAA

Contratante: **ORGANO DE ADMINISTRACION JUDICIAL** Titular: **ROBLES RIVERA HUGO**

#### HONORARIOS MÉDICOS

Médico:	CPT:	Suma Autorizada: \$	<b>38,544.00</b>
<b>ADRIAN GARCIA GARMA MARTINEZ</b>	<b>56340</b>	Cantidad con Letra:	<b>TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS 0/100 MN.</b>
<b>CIRUJANO</b>	<b>99281</b>		

Observaciones: **MEDICO DE RED, SE CUBREN HONORARIOS MEDICOS.**

**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 MARTES 24 MARZO 2026 17:47:24 HRS.**

**Médico Dictaminador**

Departamento de Indemnizaciones  
Gastos Médicos Mayores.  
Seguros Banorte, S.A. de C.V.  
Grupo Financiero Banorte

**CINTHIA BERENICE AVILA RESENDIZ**

**Nombre y Firma**