

CARTA AUTORIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN



Oficina:	CENTRO NACIONAL DE DICTAMEN	Folio:	440104 / 1
----------	------------------------------------	--------	-------------------

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospital:	HOSPITAL ANGELES LONDRES	Estado:	ALCALDIA CUAUHTEMOC, CIUDAD DE MEXICO	Fecha de Ingreso:	03/04/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Hora:	07:07:38 HRS
Nombre Fiscal:	OPERADORA DE HOSPITALES ANGELES, S.A. DE C.V.			RFC:	OHA051017KE7R		
Nombre del Paciente:	GONZALEZ GOLLAZ ANA XIMENA			Parentesco con el Asegurado:	HIJO (A)		
Fecha de Nacimiento:	20/06/2004 <small>DD MM AAAA</small>	Edad:	21 AÑOS	Sexo:	FEMENINO	Causa de Internamiento:	ACCIDENTE
Diagnóstico:	TRASTORNO INTERNO DE LA RODILLA			ICD:	M23		
Tratamiento:	ARTROSCOPIA, RODILLA, QUIRURGICA; CORRECCION, AUMENTO, O RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO C			CPT:	29888		
Médico Tratante:	MARCO ANTONIO ALVARADO SANCHEZ (SE AJUSTA)			Red:	NO	Staff:	SI
				Endoso:	SI		
Tipo de Siniestro:	COMPLEMENTO	No. Siniestro:	00026001883	Ramo:	1036		

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza No.:	100714	Vigencia:	31/12/2026 <small>DD MM AAAA</small>	Identificado con:	CARTA PASE	Estatus:	EN VIGOR
Fecha de Alta de la Póliza:	31/12/2025 <small>DD MM AAAA</small>	Certificado No.:	-----26054	-	1	No. del SubGrupo:	1
Contratante:	SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION			Titular:	GOLLAZ LEON ANA CLAUDIA		

DICTAMEN HOSPITALIZACIÓN

Suma Autorizada: \$	332,414.57
Cargo a Cuenta del Asegurado	Cantidad con Letra: TRESCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS 57/100 MN.
Deducible: \$	0.00
	Cantidad con Letra: CERO PESOS 0/100 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:	ESTA CARTA REEMPLAZA LA CARTA PASE 200326904273, COMPLEMENTO, SE CUBREN GASTOS HOSPITALARIOS, FAVOR DE EXCLUIR DE LA CUENTA: TERMOMETRO, MEDIA TED Y RECOVERON. GRACIAS. SE AGOTA SUMA BASICA.
----------------	--

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 04 ABRIL 2026 14:06:28 HRS.**

Médico Dictaminador	Asegurado y/o Familiar	Recibe Hospital
		
CRISTINA ARLETT POTENCIANO PADILLA		HOSPITAL ANGELES LONDRES
Nombre y Firma	Nombre y Firma	Nombre y Firma

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