

PRESUPUESTO #11103

Vigencia: 10 días

R.I.F.:V-1

Cédula:V-15905120

Paciente: PARTICULAR -
 Paciente: ORIENNY MARIA PEREZ MENDEZ
 Médico Tratante: PEDRO JOSE GREGORIO OJEDA HERRERA
 Diagnóstico: VER INFORME MEDICO
 Proc. Quirúrgico: VER INFORME MEDICO

Observaciones:

Cuentas de Tercero

HONORARIOS MEDICOS

| | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------|---|------------|------------|---|------------|
| VALORACION PRE ANESTESICA | SERVICIO | 1 | 2.500,00 | 2.500,00 | 0 | 2.500,00 |
| VALORACION CARDIOVASCULAR | SERVICIO | 1 | 6.000,00 | 6.000,00 | 0 | 6.000,00 |
| HONORARIOS MEDICO CIRUJANO | SERVICIO | 1 | 110.000,00 | 110.000,00 | 0 | 110.000,00 |
| HONORARIOS MEDICO ANESTESIOLOGO | SERVICIO | 1 | 44.000,00 | 44.000,00 | 0 | 44.000,00 |
| HONORARIOS MEDICO PRIMER AYUDANTE | SERVICIO | 1 | 44.000,00 | 44.000,00 | 0 | 44.000,00 |
| KIT BOMBA DE INFUSION ANESTESIOLOGO | QUIROFANO | 1 | 2.000,00 | 2.000,00 | 0 | 2.000,00 |
| HONORARIOS MEDICO PATOLOGO | SERVICIO | 1 | 30.000,00 | 30.000,00 | 0 | 30.000,00 |
| MATERIAL UROLOGICO DESCARTABLE | SERVICIO | 1 | 7.000,00 | 7.000,00 | 0 | 7.000,00 |
| INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO | SERVICIO | 1 | 4.000,00 | 4.000,00 | 0 | 4.000,00 |
| CIRCULANTE EN QUIROFANO | SERVICIO | 1 | 4.000,00 | 4.000,00 | 0 | 4.000,00 |
| Subtotal HONORARIOS MEDICOS : | | | | 253.500,00 | | 253.500,00 |
| Total CUENTAS DE TERCERO: | | | | 253.500,00 | | 253.500,00 |



NOTA: ESTE PRESUPUESTO ESTA SUJETO A CAMBIO
 DEPENDIENDO DEL CONSUMO REAL Y DE LAS CONDICIONES
 GENERALES DEL PACIENTE.

REALIZAR DEPOSITO A CUENTA CORRIENTE NRO.
 0115 0037 41 1000118666 BANCO EXTERIOR Y PRESENTAR 72
 HORAS ANTES DE LA INTERVENCION QUIRURGICA.

| | |
|-----------------|------------|
| SUBTOTAL: | 571.574,00 |
| EXENTO: | 571.574,00 |
| MONTO GRAVABLE: | 0,00 |
| IVA (12%): | 0,00 |
| TOTAL Bs.F.: | 571.574,00 |

fac 2042

TAC 2042



Extraction de l'urée
Cristall. et Dr. 31 p. 100

INFORME MEDICO

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LAS COMUNAS
CONSEJO COMMUNAL BARRIO CUATRICENTENARIO
SERCTO I Y II

RIF: J-29956245-9

GUANARE PORTUGUESA



CARTA DE RESIDENCIA.

El consejo comunal del BARRIO CUATRICENTENARIO, SECTOR UNO Y DOS del municipio Guanare estado portuguesa, por medio del presente hacemos constar que conocemos de vista, trato y comunicación a él (la) ciudadano (a) Orienny Maria Perez mayor de edad, de estado civil Soltera de nacionalidad Venezolana titular de cedula de Identidad N: 15.905.120 quien habita en el sector II desde el años 1988 hasta la presente fecha en una vivienda ubicada en La calle el Indio

SOLICITUD DE EMPLEO _____

SOLICITUD DE FE DE VIDA _____

SOLICITUD DE CARTA DE BUENA CONDUCTA _____

SOLICITUD DE CARTA DE CONCUBINATO _____

SOLICITUD DE DOCUMENTO _____

SOLICITUD DE AYUDAD ☒

OTROS (ESPECIFIQUE) _____

Constancia que se expide a petición por parte interesada, en Guanare a los días 16 del mes

Mayo del año 2016

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CONSEJO COMUNAL
BARRIO CUATRICENTENARIO SECTOR I Y 2
RIF: J-29956245-9
Guanare - Portuguesa

KEINER QUIÑONES

CI: 23.578.868

VOCERO PRINCIPAL

TF: 0416 7519307

ENRIQUE VELA

CI: 12.894.672

FINANZA

TF: 0416 1239422

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CONSEJO COMUNAL
BARRIO CUATRICENTENARIO SECTOR I Y 2
RIF: J-29956245-9
Guanare - Portuguesa

ING. DAMARYS BOZO

CI: 12.236.519

FINANZA

TF: 0414 5305924



INFORME MÉDICO

CENTRO CLÍNICO LOS CEDROS, C.A.
J-29438457-9

Fecha: 11/5/16

Nombres del Paciente: Ortizano Gaur
C.I.: 15905170 Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____
Dirección Habitación: _____
Teléfonos: _____

- ☐ INGRESO ☐ U.C.I.
☐ EVOLUCIÓN ☐ EMERGENCIA
☐ INTERCONSULTA ☐ EGRESO
☐ DEFUNCIÓN

DIAGNÓSTICO: Señales físicas y mal de la

Señal en cuello por dolor
Tronco inferior y brazos

Se hace. 03/05
Tome. sin tener
Abdomen: Blau, no dolor

Se muestra Hepatomegalia

OBSERVACIONES: _____

Nombre del Médico: _____

Especialidad: _____

C.I.: _____

C.M.: _____ M.S.A.S.: _____

Pedro J. Jorda H.
C. 1014 GENERAL - PROLOGIA
C.I. 25 1215 RH. 483.709.1

Firma y Sello del Médico



CENTRO CLINICO LOS CEÑOS, S.A.

R.I.F. J-29438457-9

Calle 36-B con Av. 13 de Junio Local 01. Sector Reja de Guanare, Acarigua Edo. Portuguesa.

Teléfono: 0255-6640274

PRESUPUESTO #11103

Fecha Emisión: 16/05/2016

Vigencia: 10 días

R.I.F.:V-1

Cédula:V-15905120

Cliente: PARTICULAR -
Paciente: ORIENNY MARIA PEREZ MENDEZ
Médico Tratante: PEDRO JOSE GREGORIO OJEDA HERRERA
Diagnóstico: VER INFORME MEDICO
Proc. Quirúrgico: VER INFORME MEDICO

Observaciones:

GASTOS CLÍNICOS

| | | | | | | |
|---|----------|---|------------|------------|---|------------|
| SERVICIO DE HOSPITALIZACION CLINICA | UNIDAD | 1 | 150.000,00 | 150.000,00 | 0 | 150.000,00 |
| MATERIAL MEDICO DESCARTABLE | UNIDAD | 1 | 120.000,00 | 120.000,00 | 0 | 120.000,00 |
| MEDICINAS EN GENERAL | DIA | 1 | 10.200,00 | 10.200,00 | 0 | 10.200,00 |
| DIETA Y NUTRICION | DIA | 1 | 845,00 | 845,00 | 0 | 845,00 |
| SERVICIO DE ENFERMERA EN HOSPITALIZACION | UNIDAD | 1 | 3.315,00 | 3.315,00 | 0 | 3.315,00 |
| SERVICIO DE HOSPITALIZACION (DIA) | SERVICIO | 1 | 2.535,00 | 2.535,00 | 0 | 2.535,00 |
| ASISTENCIA MEDICA EN HOSPITALIZACION | SERVICIO | 1 | 1.100,00 | 1.100,00 | 0 | 1.100,00 |
| SERVICIO DE LAVANDERIA HOSPITALIZACION | DIA | 1 | 500,00 | 500,00 | 0 | 500,00 |
| ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACION | | | | | | |
| Subtotal SERVICIO DE HOSPITALIZACION CLINICA: | | | | 288.495,00 | | 288.495,00 |
| SERVICIO DE QUIROFANO CLINICA | | | | | | |
| SERVICIO DE BOMBA DE INFUSION EN QUIROFANO | SERVICIO | 1 | 2.535,00 | 2.535,00 | 0 | 2.535,00 |
| GASES Y SUMINISTRO DE ANESTESIA | SERVICIO | 1 | 3.250,00 | 3.250,00 | 0 | 3.250,00 |
| SERVICIO DE BISPECTOMETRIA | SERVICIO | 1 | 845,00 | 845,00 | 0 | 845,00 |
| SERVICIO DE QUIROFANO (1 HORA) | SERVICIO | 1 | 6.838,00 | 6.838,00 | 0 | 6.838,00 |
| RECUPERACION | HORA | 1 | 2.535,00 | 2.535,00 | 0 | 2.535,00 |
| CAJA DE CIRUGIA MAYOR | SERVICIO | 1 | 2.600,00 | 2.600,00 | 0 | 2.600,00 |
| Subtotal SERVICIO DE QUIROFANO CLINICA: | | | | 18.603,00 | | 18.603,00 |
| SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO | | | | | | |
| SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO | SERVICIO | 1 | 5.300,00 | 5.300,00 | 0 | 5.300,00 |
| Subtotal SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO: | | | | 5.300,00 | | 5.300,00 |
| SERVICIO DE IMAGENOLOGIA | | | | | | |
| SERVICIO DE RADIOLOGIA | SERVICIO | 1 | 5.200,00 | 5.200,00 | 0 | 5.200,00 |
| Subtotal SERVICIO DE IMAGENOLOGIA: | | | | 5.200,00 | | 5.200,00 |
| SERVICIO DE PATOLOGIA | | | | | | |
| BIOPSIA Y ANEXOS | UNIDAD | 1 | 476,00 | 476,00 | 0 | 476,00 |
| Subtotal SERVICIO DE PATOLOGIA: | | | | 476,00 | | 476,00 |
| Total GASTOS CLÍNICOS: | | | | 318.074,00 | | 318.074,00 |

