

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEDULA DE IDENTIDAD  
V 13.720.159 MM718  
APELLIDOS: BOLAÑOS CARDENAS  
NOMBRES: MARITRINI DEL CARMEN  
06-07-75, SOLTERA  
03-08-12 05-2022  
VENEZOLANO



Bisacay

Parroquia palo alto.

TLF 0252 9893045.

Ayuda económica para defensor

los gastos de la intervención.

0414-0540699.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
ESTADO PORTUGUESA  
MUNICIPIO SUCRE  
BISCUCUY



Folio N° 01

ACTA DE NACIMIENTO

LACIUDADANA PROFESORA YADELKIS GUERRA MORENO, REGISTRADORA CIVIL (E), DE BISCUCUY MUNICIPIO SUCRE ESTADO PORTUGUESA, ACTUANDO POR DELEGACIÓN DEL CIUDADANO ALCALDE DEL MUNICIPIO SUCRE, ESTADO PORTUGUESA, SEGÚN RESOLUCIÓN N° 132-2015, DE FECHA 25 DE AGOSTO DEL 2015 PUBLICADA EN GACETA MUNICIPAL N° 4666, DE FECHA 26 DE AGOSTO DEL 2015 HACE CONSTAR QUE LA PRESENTE ACTA ES COPIA FIEL Y EXACTA DE SU ORIGINAL.- Acta N° 146 ORBELYS CAROLINA ROSALES TORO, en el carácter de funcionario Designado por la primera Autoridad Civil del Municipio Sucre, Estado Portuguesa, hago constar que la Unidad Hospitalaria de Registro Civil de Nacimiento del Hospital Tipo I Biscucuy, hoy dos de marzo de dos mil nueve, me ha sido presentado un niño por MARTIN PERAZA BETANCOURT, Cedula de Identidad Numero V- 9257197, de cincuenta años de edad Chofer, de Nacionalidad venezolana, de estado civil casado, domiciliado en Caserio Liano Grande Parroquia San Rafael de Palo Alzado, Estado Portuguesa, quien manifestó que el niño cuya presentación hace, nació el día primero de marzo de dos mil nueve, a las cuatro horas con quince minutos de la tarde, en este Hospital Tipo I Biscucuy, ubicado en AV. Leonardo Ruiz Pineda entre Tito Salas y calle Arismendi del mismo municipio, siendo único nacido y tiene por nombre BRAYAN JOSE, quien es su hijo y de MARITRINI DEL CARMEN BOLAÑOS CARDENAS, Cedula de Identidad Numero V- 13720159, de treinta y tres años de edad, Oficios del Hogar, de Nacionalidad venezolana, de estado civil soltera, de la misma dirección. El presentante consignó la constancia de nacimiento expedida por este mismo hospital número 2565216. Fueron Testigos presenciales de este acto: Adelis Ramon Alvarez, Cedula De Identidad Numero V- 1918679, de veintiocho años de edad, Agricultor, de nacionalidad venezolana, de estado civil soltero, domiciliado en Caserio Santa Barbara Parroquia Villa Rosa Municipio Sucre Estado Portuguesa y Eduardo Pimentel, Cedula de Identidad Numero V- 13740246, de treinta y un años de edad Obrero Hospital, de nacionalidad venezolana, de estado civil soltero, domiciliado en Sector El Paraparo Biscucuy Municipio Sucre, Estado Portuguesa. La presente acta quedo inserta bajo el numero 146, Tomo N° 1 de 1 folio, del primer trimestre del año dos mil nueve, de los libros del Registro Civil de Nacimiento Llevados por esta Unidad Hospitalaria de Registro Civil de Nacimiento, Leida la Presente acta al presentante y los testigos presenciales dan su conformidad y firman.- EXPIDO LA PRESENTE CERTIFICACION PARA FINES DE LEY APETICION DE PARTE INTERESADA, A LOS TRES (03) DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL QUINCE.



PROFESORA YADELKIS GUERRA MORENO  
REGISTRADORA CIVIL (E)



# FUNDACIÓN HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

Domicilio Fiscal: Av. 49-154 Bello, Edif. Fundación Hospital Ortopédico Infantil, Piso 1, Of. Administración, Sector Guacacipuro, Caracas, Distrito Capital. Teléfono Cobranza: (0212) 573.63.10 / (0212) 573.63.11 - 573.63.12 - 573.63.13 - 573.63.14  
Fax: (0212) 573.63.10 / www.ortopedicoinfantil.org / Contribuyente Formal

Nº DE CONTROL  
**00-1816564**

Fecha: 17/11/2015 Historia Nº: FHOI-282762  
Responsable: PETROLEOS DE VENEZUELA, S.A. Paciente: BRAYAN JOSE PERAZA BOLAÑOS  
Dirección: AV. LIBERTADOR, EDIFICIO PETROLEOS DE VENEZUELA, TORRE ESTE APARTADO POSTAL 169 CARACAS 1010-A VENEZUELA

RIF / C.I.: J000950369

CONCEPTO	MONTO
ANTICIPO ANTICIPO CLIENTE (E) - ATENCION PARA BRAYAN J. PERAZA B. - DONACION	150.000,00
<b>MONTO A PAGAR</b>	<b>150.000,00</b>

Forma Pago	Nº Documento	Detalle de Pago	Cuenta Destino	Monto
Cheque	00039965	BANESCO		150.000,00

Elaborado por: DANIBETH

Esta Factura es el único documento legal que le acredita la cancelación del Servicio para todos los efectos de esta factura se elige como domicilio la Ciudad de Caracas. 17/11/2015 11:37

IMPORTE DE FORMA COBRANZA DE FONDA S.A. RIF: J001839380 de Fecha 04/02/2016 Origin: CAJA, FORMA USRE, CANCELAR: 000001 - Nº DE CONTROL DESDE EL Nº 00-1778001 HASTA EL Nº 00-1826001 Fecha de Emisión: 04/02/2016  
COPIA COBRANZAS - SIN DERECHO A CREDITO FISCAL

# FUNDACIÓN HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

Domicilio Fiscal: Av. 49-154 Bello, Edif. Fundación Hospital Ortopédico Infantil, Piso 1, Of. Administración, Sector Guacacipuro, Caracas, Distrito Capital. Teléfono Cobranza: (0212) 573.63.10 / (0212) 573.63.11 - 573.63.12 - 573.63.13 - 573.63.14  
Fax: (0212) 573.63.10 / www.ortopedicoinfantil.org / Contribuyente Formal

Nº DE CONTROL  
**00-1846071**

Fecha: 04/02/2016 Historia Nº: FHOI-282762  
Responsable: I.N.C.E.S. Paciente: BRAYAN JOSE PERAZA BOLAÑOS  
Dirección: AV. NUEVA GRANADA EDIF. INCE, PARRÓQUIA SANTA ROSALIA MUNICIPIO LIBERTADOR CARACAS D.T.O. CAPITAL

RIF / C.I.: J001839380

CONCEPTO	MONTO
ANTICIPO ANTICIPO CLIENTE (E) - ATENCION PARA BRAYAN J. PERAZA B. - DONACION	80.000,00
<b>MONTO A PAGAR</b>	<b>80.000,00</b>

Forma Pago	Nº Documento	Detalle de Pago	Cuenta Destino	Monto
Depósito	00052124	OTRO BANCO	DEPOSITOS POR IDENTIFICAR(DEPOSIT	80.000,00

Elaborado por: CAJA-05 YALA

Esta Factura es el único documento legal que le acredita la cancelación del Servicio para todos los efectos de esta factura se elige como domicilio la Ciudad de Caracas. 22/12/2015 0:00

Fund. Hospital Ortopédico Infantil  
Caja  
PAGADO  
Firma:





## FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

## PRESUPUESTO ESTIMADO NO. 30404

SALA DE YESO	UND	10.000,00	1,00	10.000,00
Total SERVICIO SALA DE YESO				10.000,00
SERVICIO DE FISIATRIA				
CONSULTA DE FISIATRIA 1 ERA VEZ	UND	1.000,00	1,00	1.000,00
Total SERVICIO DE FISIATRIA				1.000,00
PRODUCTOS A LA MEDIDA				
MATERIAL TALLER ORTOPEDIA	UND	100.000,00	1,00	100.000,00
Total PRODUCTOS A LA MEDIDA				100.000,00
SERVICIO DE FISIOTERAPIA				
FISIOTERAPIA	UND	800,00	10,00	8.000,00
Total SERVICIO DE FISIOTERAPIA				8.000,00
HONORARIOS PROFESIONALES				
QUIRUFANO PRINCIPAL	UND	48.000,00	1,00	48.000,00
QUIRUFANO PRIMER AYUDANTE	UND	48.000,00	1,00	48.000,00
ANESTESIOLOGO	UND	19.200,00	1,00	19.200,00
QUIRUFANO SEGUNDO AYUDANTE	UND	14.400,00	1,00	14.400,00
QUIRUFANO SEGUNDO AYUDANTE	UND	14.400,00	1,00	14.400,00
EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT.	UND	4.500,00	1,00	4.500,00
DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION	UND	2.700,00	2,00	5.400,00
HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF.	UND	2.000,00	1,00	2.000,00
SERVICIO ATENCION PRE-ANESTESIA	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
INSTRUMENTAL ESPECIAL	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES	UND	1.070,00	1,00	1.070,00
CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA	UND	1.034,00	3,00	3.102,00
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA	UND	1.034,00	3,00	3.102,00
CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN HOSPITALIZACION	UND	850,00	1,00	850,00
HONORARIOS ATENCION ENFERMERIA (SAP)	UND	500,00	3,00	1.500,00
HONORARIOS POR PLACA PABELLON	UND	470,00	2,00	940,00
HONORARIOS ATENCION MEDICO (SAP)	UND	390,00	1,00	390,00
HONORARIO TECNICO RADIOLOGO TIPO I	UND	86,00	1,00	86,00
Total HONORARIOS PROFESIONALES				169.940,00

Total Hospital	385.234,00
Total Honorarios	169.940,00
Total General Presupuesto Bs.	555.174,00

## NOTAS

1. Vigencia (45) días, contados a partir de la fecha del presente presupuesto, dentro de los cuales deberá cancelar y llevarse a cabo la intervención, de lo contrario se debe actualizar y en caso de generarse alguna diferencia, deberá ser cancelada.
2. Los precios establecidos en el presente presupuesto son estimaciones que pueden aumentar o disminuir de acuerdo a contingencias, complicación del diagnóstico, cambios en los tiempos de cirugía u hospitalización, variaciones de precios en los materiales e insumos. Por tanto el monto total de los servicios prestados será reflejado en la factura final.
3. Los requisitos, procedimientos y formas de pago están detallados en anexo adjunto al presente presupuesto, los cuales son indispensables para cualquier admisión.
4. El presente presupuesto
5. El ingreso de ingreso
6. Si el paciente amparado por Póliza de Seguro, debe traer CARTA AVAL ORIGINAL Y COPIA con sello húmedo. El HOSPITAL se reserva el derecho de aceptación de CARTAS AVALES
7. Si no posee Seguro deberá cancelar cinco (5) días antes del Ingreso el TOTAL del PRESUPUESTO.
8. En caso de pagar con cheque, favor emitir a nombre de FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL.

AV. ANDRÉS BELLO SECTOR GUAICAIPURO  
RIF J001688706  
Email: fhoi@fhoi.org.ve  
Teléfono: 0212-509-4411 / 0212-509-4515

Impreso: 06 de Abril de 2016  
Hora: 08:13 AM  
Usuario: ESOSA  
Departamento: ADMINISTRACIÓN



## FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

## PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 30404

Paciente: BRAYAN JOSÉ PERAZA BOLAÑOS

Edad: años

Nro. Historia: FHOI-282762

Responsable de Pago: BRAYAN JOSE PERAZA BOLAÑOS

G.I./Pasaporte: V-13720159#1

Tipo de Paciente: F

Teléfono: 0257-9893045

Rif: V-13720159#1

Fecha Elaboración: 06-04-2016

Fecha Vencimiento: 21/05/2016

Días Cama Hospitalización: 3

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización

Medico Tratante: CARLOS HUMBERTO PRATO DE LIMA

Diagnóstico: DM SUBTIPO DE CUADRIPLÉJIA,

Especialidad: ORTOPEDISTA

Procedimiento (s): NEOR C1 41 Retiro de Material de Síntesis de Cadera (clavo y Placa)

Descripción	UN.	Precio/Un.	Cant.	Total
<b>SERVICIO DE QUIROFANO</b>				
PREST. DE ATENCION EN QUIROFANO	UND	4.856,00	1,00	4.856,00
PREST. DE QUIROFANO 1ERA. HORA	UND	4.047,00	1,00	4.047,00
RES. MINUT. EQUIPO DE ANESTESIA	UND	3.900,00	1,00	3.900,00
PREST. DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	3.500,00	1,00	3.500,00
PREST. DE QUIROFANO HORA ADICIONAL	UND	2.428,00	2,00	4.856,00
PREST. DE SECHOS BIOLOGICOS	UND	1.000,00	1,00	1.000,00
<b>Total SERVICIO DE QUIROFANO</b>				<b>22.159,00</b>
<b>SERVICIO DE HOSPITALIZACION</b>				
SOPORTE ENTERO- PARENTERAL POR DIA	UND	3.000,00	3,00	9.000,00
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACIONAL	UND	2.940,00	3,00	8.820,00
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO	UND	2.000,00	3,00	6.000,00
<b>Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION</b>				<b>23.820,00</b>
<b>MATERIAL MEDICO QUIRURGICO</b>				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	185.000,00	1,00	185.000,00
<b>Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO</b>				<b>185.000,00</b>
<b>FARMACOS</b>				
MEDICAMENTOS	UND	30.000,00	1,00	30.000,00
<b>Total FARMACOS</b>				<b>30.000,00</b>
<b>SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS</b>				
ANALISIS DE LABORATORIO	UND	1.200,00	1,00	1.200,00
ANALISIS DE LABORATORIO	UND	500,00	1,00	500,00
HEMATOLOGIA COMPLETA	UND	120,00	1,00	120,00
UREA (NITROGENO UREICO)	UND	100,00	1,00	100,00
GLUCOSA	UND	100,00	1,00	100,00
CREATININA	UND	100,00	1,00	100,00
PROTEINAS TOTALES	UND	100,00	1,00	100,00
PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS	UND	100,00	1,00	100,00
TIEMPO DE PROTROMBINA	UND	70,00	1,00	70,00
TIEMPO PARCIAL TROMBOPLASTINNA	UND	70,00	1,00	70,00
V.D.R.L	UND	60,00	1,00	60,00
<b>Total SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS</b>				<b>2.520,00</b>
<b>SERVICIO DE RADIOLOGIA</b>				
ESTUDIOS DE RADIOLOGIA	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN	UND	765,00	1,00	765,00
PLACAS EN PABELLON	UND	235,00	2,00	470,00
<b>Total SERVICIO DE RADIOLOGIA</b>				<b>2.735,00</b>
<b>SERVICIO SALA DE YESO</b>				

FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL SECTOR GUACAIPURO

RIF: J001688706

Email: fhoinfo@fhoinfo.org.ve

Teléfono: 0257-9893045 (0212) 509-4515

Impreso: 06 de Abril de 2016

Hora: 08:13 AM

Usuario: ESOSA

Departamento: ADMINISTRACIÓN



TAC 1765.  
Ayuda económica

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CASERIO LLANOGRANDE DE LA PARROQUIA  
SAN RAFAEL DE PALO ALZADO DEL MUNICIPIO SUCRE  
ESTADO PORTUGUESA

ATENCIÓN:

Reinaldo Costañeda  
Gobernador del Estado Portuguesa.

Reciba un cordial y muy respetuoso saludo, socialista, revolucionario, a su persona y equipo de trabajo. La presente misiva tiene como propósito, agradecer y a su vez, solicitar apoyo monetario, el cual me permitirá continuar con un tratamiento operatorio que se le ha venido realizando a mi hijo Brayan José Peraza bolaños de (7 años de edad) el cual tiene una condición que el diagnóstico médico describe como (DISFUNCIÓN MOTORA SUBTIPO CUADRIPLÉJIA ESPÁSTICA) Cabe destacar que ya se le fue realizada su primera operación de las cuales amerita dos más, siendo estas (RETIRO DE MATERIAL DE CADERAS Y OSTEOMETIA DE TIBIA BILATERAL). En esta oportunidad hago dicha solicitud para que PRIMERAMENTE DIOS Y LA VIRGEN DE COROMOTO y la ayuda posible que me pueda brindar esta institución mi pequeño hijo pueda movilizarse con precisión siendo el un niño con un alma luchadora y con las capacidades mentales acorde a su edad, es importante resaltar que pese a los sacrificios que pueda hacer lo que esté a mi alcance soy una madre de familia de escasos recursos desempleada (oficios del hogar) es necesario hacer de su conocimiento que he recibido 2 ayudas, la primera de PETRÓLEOS DE VENEZUELA por la cantidad de 150.000bsf y la 2da por I.N.C.E.S por 80.000 sumando un total de 230.000 Y el costo de la operación es tentativo ya que cuando se realiza la actualización de presupuestos la misma varia, es decir, aumenta considerablemente. 325.174 ? AFERRADA A LA FE EN DIOS Y LA SANTISIMA VIRGEN DE COROMOTO SIN MAS QUE HACER REFERENCIA, EN SUPLICA Y RUEGO DE UNA PRONTA POSITIVA RESPUESTA SE DESPIDE DE USTED. LA ABAJO FIRMANTE "EN VENEZUELA LA SALUD ES LO PRIMERO"



BOLAÑOS CARDENAS MARITRINI DEL CARMEN

C.I.V- 13.720.159