



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 35816

MATERIAL TALLER ORTOPEDIA
Total PRODUCTOS A LA MEDIDA

UND	60.000,00	1,00	60.000,00
			60.000,00

SERVICIO DE FISIOTERAPIA
CONSULTA DE FISIOTERAPIA
Total SERVICIO DE FISIOTERAPIA

UND	1.200,00	2,00	2.400,00
			2.400,00

HONORARIOS PROFESIONALES

CIRUJANO PRINCIPAL
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE
ANESTESIOLOGO
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE
PERFIL DE BANCO DE SANGRE
EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT.
HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF.
CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA
SERVICIO ATENCION PRE- ANESTESIA
INSTRUMENTAL ESPECIAL
HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES
HONORARIOS POR PLACA PABELLON
Total HONORARIOS PROFESIONALES

UND	62.400,00	1,00	62.400,00
UND	62.400,00	1,00	62.400,00
UND	24.960,00	1,00	24.960,00
UND	18.720,00	1,00	18.720,00
UND	18.720,00	1,00	18.720,00
UND	7.500,00	1,00	7.500,00
UND	6.000,00	1,00	6.000,00
UND	2.800,00	1,00	2.800,00
UND	2.068,00	2,00	4.136,00
UND	2.068,00	2,00	4.136,00
UND	1.500,00	1,00	1.500,00
UND	1.500,00	1,00	1.500,00
UND	1.070,00	1,00	1.070,00
UND	470,00	2,00	940,00
			216.782,00

Total Hospital	310.672,00
Total Honorarios	216.782,00
Total General Presupuesto Bs.....	527.454,00

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.- Traer el presupuesto.
- 5.- Proceso de ingreso:
 - a. Al venir 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.
 - b. Si NO posee Seguro deberá cancelar cinco (5) días antes del Ingreso el TOTAL del PRESUPUESTO.
 - c. En caso de pagar con cheque, favor emitir a nombre de FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL.
- 6.- En caso de existir luego de la intervención un saldo a favor del PACIENTE o INSTITUCION que aportó la ayuda se emitirá un cheque de reintegro NO ENDOSABLE a quien corresponda



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 35816

7.- En caso de exceder el Monto final facturado en el presente Presupuesto, el Paciente o Responsable deberá cancelar la diferencia antes de ser dado de alta.

Nro. Historial: FHO-455420

Responsable de:

Elaborado Por:

Tipo de Paciente: F

Teléfono: 04143765760

Recibí Conforme:

Fecha Emisión: 29/06/2016

Fecha Vencimiento: 11/06/2016

Nro. Caso Hospitalario: 1

Tipo de Atención:

Método Tratamiento:

Diagnóstico:

Especialidad:

Precedente (s):

SIXTA YOLIMAR CONTRERAS RINCON

C.I.: V-19351776

C.I.:

SERVICIO DE QUIRÓFANO	UND	4.855,00	1,00	4.855,00
SERVICIO DE ATENCIÓN EN QUIRÓFANO	UND	4.047,00	1,00	4.047,00
SERVICIO DE QUIRÓFANO 1ERA. HORA	UND	3.900,00	1,00	3.900,00
CONSUMIBLES - EQUIPO DE ANESTESIA	UND	3.500,00	1,00	3.500,00
ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO	UND	2.426,00	1,00	2.426,00
SERVICIO DE QUIRÓFANO HORA ADICIONAL	UND	1.000,00	1,00	1.000,00
MANEJO DE DESECHOS BIOLÓGICOS	UND			19.731,00
Total SERVICIO DE QUIRÓFANO				
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	UND	6.180,00	1,00	6.180,00
SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO	UND	3.000,00	1,00	3.000,00
SOPORTE ENFERM. PEDIÁTRICA POR DIA	UND	2.000,00	1,00	2.000,00
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACIÓN SALA FUNCIONAL	UND	2.000,00	1,00	2.000,00
SERVICIO AL MÉDICO RESIDENTE	UND			18.130,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO	UND	145.000,00	1,00	145.000,00
MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO	UND			145.000,00
Total MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO				
FARMACOS	UND	24.000,00	1,00	24.000,00
MEDICAMENTOS	UND			24.000,00
Total FARMACOS				
SERVICIO DE LABORATORIO DE ANÁLISIS	UND	6.141,00	1,00	6.141,00
EXÁMENES DE LABORATORIO	UND			6.141,00
Total SERVICIO DE LABORATORIO DE ANÁLISIS				
SERVICIO DE RADIOLOGÍA	UND	1.512,00	1,00	1.512,00
ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA	UND	1.530,00	1,00	1.530,00
FLUOROSCOPÍA Y O INTENSIFICADOR DE IMAGEN	UND	1.182,00	1,00	1.182,00
SISTEMA RUI PACS Y MATERIALES	UND	470,00	2,00	940,00
PLACAS EN PABELLÓN	UND			6.470,00
Total SERVICIO DE RADIOLOGÍA				
SERVICIO SALA DE YESO	UND	16.000,00	1,00	16.000,00
SALA DE YESO	UND			16.000,00
Total SERVICIO SALA DE YESO				
SERVICIO DE FISIATRIA	UND	1.800,00	1,00	1.800,00
CONSULTA DE FISIATRIA 1ERA. VEZ	UND			1.800,00
Total SERVICIO DE FISIATRIA				
PRODUCTOS A LA MEDIDA				



FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

SOLICITUD DE PRESUPUESTO FUNDACIONAL

Para: Servicio Social / Presupuesto

De: Dr(a) Hurtado

Especialidad: Neuroortopedia

Nº de Presupuesto: _____

Fecha: _____

Datos del Paciente: ☒ Niño ☐ Adulto Edad: 7 Historia Nº: 455420
Nombre (s): _____ Telf.: _____
Impresión Diagnóstica: Disfunción motora: Diplejía espástica
Intervención: Alargamiento percutáneo de agüts (3)

Código	Descripción del Procedimiento	Precio Bs.	Codificador
--------	-------------------------------	------------	-------------

NEOR.C1 - 19

Verifique
29/6/16

Datos de la Intervención:

☒ Sala Fundacional ☐ Ambulatorio
☒ Días de Hospitalización ☒ Tiempo de Quirófano

Requerimientos:

☒ Estudios Pre-Operatorios ☐ Laboratorio ☐ Intensificador de Imágenes
☐ Manta Térmica ☐ Radiología ☐ U.C. Intensivos ☐ U.C. Interm.
☒ Yesos Post-Operatorios ☐ Curas Post-Operatorias ☒ Medicina Física y Rehabilitación

Materiales:

☐ Placas Anguladas ☐ Placas DCP ☐ Tutor Externo ☐ Tornillo Canulado
☐ Grapas de Richard ☐ Placas en 8 ☐ Botox ☐ Tornillo Shanz
☐ Tornillo ☐ Placas Phet ☐ Dysport
Otros _____

Requerimientos de Taller de Ortopedia:

☒ Férulas AFO ☐ Férulas Denis Brown ☐ Férulas de M. Superior
☒ Férulas Acanaladas ☐ Andadera ☐ Plantillas
☐ Férulas KAFO ☐ Férulas de Reacción Anterior ☐ Calzado Especial Post - Op.
Otros _____

Honorarios Médicos: Plan: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H1 ☐ H2 ☐

Cirujano _____ 1º Ayudante _____ 2º Ayudante _____ Instrumentista _____
Anestesiología _____ Internista _____ Pediatría _____ Circulante de Enf. _____
Anestesiología (SAP) _____ Téc. Radiólogo _____ Serv. Perioperatorio _____ Fisiatría _____
Instrumental Especial 1500 Banco de Sangre _____ Tipeaje _____ Fisioterapia / N° 24

SÓLO PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Clasificación Socio - Económica

Profesión del Jefe de Familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Nivel de Instrucción de la Madre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Principal Fuente de Ingresos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Condiciones de Alojamiento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Total _____ Clasificación _____ Fundacional _____ No Fundacional _____

Posee Póliza de Seguro de Hospitalización: Si _____ No _____
Monto de Cobertura: _____

7ac 3604
Intervención Quirúrgica



MEMO RÁPIDO
SECRETARÍA GENERAL DE GOBIERNO

2006 PATRIOTAS UNIDOS
SABEMOS VENCER

Fecha: 19.07.16 Código: 676

Nombre y Apellido del remitente: Lto. Enrique González

Firma: [Firma manuscrita]

Dirigido a:

Salud	<input type="checkbox"/>	Atención al soberano	<input checked="" type="checkbox"/>
Vivienda	<input type="checkbox"/>	Operaciones	<input type="checkbox"/>
Venirauto	<input type="checkbox"/>	Cultura	<input type="checkbox"/>
Proveeduría	<input type="checkbox"/>	Deporte	<input type="checkbox"/>
Talento	<input type="checkbox"/>	Inprofec	<input type="checkbox"/>
Humano	<input type="checkbox"/>	Recdial	<input type="checkbox"/>
Educación	<input type="checkbox"/>	Desarrollo Comunal	<input type="checkbox"/>
Vialidad	<input type="checkbox"/>	Seguridad Ciudadana	<input type="checkbox"/>
Esomep	<input type="checkbox"/>	Sissep	<input type="checkbox"/>
Hidrológica	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Esinsep	<input type="checkbox"/>		

Especifique: _____

Acción(es) a tomar:

Evaluar	<input checked="" type="checkbox"/>
Apoyar	<input type="checkbox"/>
Conocimiento y demás fines	<input type="checkbox"/>
Recomendar	<input type="checkbox"/>
Revisar	<input type="checkbox"/>
Inspeccionar	<input type="checkbox"/>
Tramitar	<input type="checkbox"/>
Ejecutar	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Recomendaciones:

Evaluar la posibilidad de apoyar
en una ayuda económica para
complementar una intervención
quirúrgica al ciudadano Víctor
Morales

Especifique: _____

Recibido por: _____

Fecha: _____

Hora: _____

Nro de contacto: 0124-567 2218

0414-505 4545



POLICIA ESTADAL
PORTUGUESA

Republica Bolivariana de Venezuela
Gobierno Bolivariano de Portuguesa
Dirección General del Cuerpo de
Policia del Estado Portuguesa



VICTOR MORALES
OFICIAL

Gobierno Bolivariano de Portuguesa Dirección General

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 18.669.547
MM291
Hugo Cabezas
Director
APELLIDOS MORALES CASTILLO
NOMBRES VICTOR JOSE
15-12-88 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL
28-09-05 09-2015
F. EXPIRACION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
ALCALDÍA DEL MUNICIPIO GUANARE
GUANARE ESTADO PORTUGUESA
OFICINA DE REGISTRO MUNICIPAL

PARTIDA DE NACIMIENTO
ACTA DE PRESENTACIÓN

Título I.a - DATOS REGISTRALES DEL ACTA										FECHA EXPEDICIÓN		ESTE FOLIO	
1.- Fecha Presentación	2.- Libro No.	3.- Acta No.	4.- Folio No.	5.- Folio No.	6.- Folio No.	7.- Fecha Expedición	8.- Folio No.	9.- Folio No.	10.- Folio No.	11.- Fecha Expedición	12.- Folio No.		
02/12/2008	6	1344	1344	N/A	1344	02/12/2008	1344	N/A	1344	02/12/2008	1344		
Título II - DE LA PRESENTADA													
1.- Nombres: Primero ANGELINA Segundo GISELL													
2.- Fecha Nacimiento: 21/11/2008 3.- Sexo: Femenino 4.- Hora Nacimiento: 08:00PM 5.- Tipo de Parto: Simple 6.- País de Nacimiento: Venezuela													
7.- Lugar Nacimiento: Estado Portuguesa Municipio o Categoría Político-Terr: Municipio Guanare Parroquia o Categoría Político-Terr: Capital Guanare Ciudad, Pueblo, Caserio o Asentamiento: Guanare													
8.- Centro de Salud o Establecimiento: CENTRO DE EMERGENCIAS MÉDICAS LOS PROCERES													
Título III - DEL PRESENTANTE													
1.- Filiación con la presentada: Padre 2.- Filiación con la que actúa: N/A													
Título IV - INFORMACIÓN DE LA MADRE													
1.- Datos: Cédula Vzlna No. V-18892233 Tipo de Documento: N/A 2.- Nombres: Primero GUSMAY Segundo MARIA Apellidos: CASTELLANOS VALENZUELA													
3.- Nacionalidad: Venezolana 4.- Sexo: Femenino 5.- Edad: 20 6.- Estado Civil: Soltera 7.- Sabe Firmar: Si 8.- Profesión u Ocupación: AGENTE DEL ORDEN PUBLICO													
9.- Dirección: URBANIZACION FERMIN TORO CALLE 2 CASA Nº 2													
10.- Lugar Nacimiento: Estado Portuguesa Municipio o Categoría Político-Terr: Municipio Guanare Parroquia o Categoría Político-Terr: Capital Guanare Ciudad, Pueblo, Caserio o Asentamiento: Guanare													
Título V - INFORMACIÓN DEL PADRE													
1.- Datos: Cédula Vzlna No. V-18892233 Tipo de Documento: N/A 2.- Nombres: Primero VICTOR Segundo JOSE Apellidos: MORALES CASTILLO													
3.- Nacionalidad: Venezolana 4.- Sexo: Masculino 5.- Edad: 19 6.- Estado Civil: Soltero 7.- Sabe Firmar: Si 8.- Profesión u Ocupación: AGENTE DEL ORDEN PUBLICO													
9.- Dirección: URBANIZACION FERMIN TORO CALLE 2 CASA Nº 2													
10.- Lugar Nacimiento: Estado Portuguesa Municipio o Categoría Político-Terr: Municipio Guanare Parroquia o Categoría Político-Terr: Capital Guanare Ciudad, Pueblo, Caserio o Asentamiento: Guanare													
Título VI.a - INFORMACIÓN TESTIGO Nro. 1													
1.- Datos: Cédula Vzlna No. V-14067033 Tipo de Documento: N/A 2.- Nombres: Primero MILAGROS Segundo COROMOTO Apellidos: BARAZARTE GUERRA													
3.- Nacionalidad: Venezolana 4.- Sexo: Femenino 5.- Edad: 30 6.- Estado Civil: Soltera 7.- Sabe Firmar: Si 8.- Profesión u Ocupación: TSU MERCADOTECNIA													
Título VI.b - INFORMACIÓN TESTIGO Nro. 2													
1.- Datos: Cédula Vzlna No. V-12009974 Tipo de Documento: N/A 2.- Nombres: Primero CELIDA Segundo DEL CARMEN Apellidos: NIETO SEVILLA													
3.- Nacionalidad: Venezolana 4.- Sexo: Femenino 5.- Edad: 36 6.- Estado Civil: Soltera 7.- Sabe Firmar: Si 8.- Profesión u Ocupación: N/A													

La presente acta se levanta en TRES (03) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto. Leído su contenido al declarante y los testigos, conforme firman.

Certifico que la presente acta quedó inserta bajo el número, tomo y año del libro de actas llevados por esta Oficina Municipal de Registro, citados en el Título I.a. de este documento. Asimismo doy fe de que la información contenida en esta acta corresponde fielmente a la declaración tomada a las personas que aquí se citan, ya como declarantes del acto, o como testigos y por ende a la vista los documentos presentados.


EL PRESENTANTE


TESTIGO

T.S.U. Adriana Morales De León
Jefe Civil (E)
GUANARE, PORTUGUESA




LA SECRETARIA



FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

INFORME MÉDICO

Caracas, 29 de Junio de 2016

Paciente: ANGELINA GISELL MORALES CASTELLANOS
Historia: 455420

Paciente femenino de 07 años de edad quien es conocido portador disfunción motora diplejía espástica.

Al examen físico se aprecia marcha en tercera mecedora dependiente, Pie en equino. Maniobra de Silverskiold positiva para gemelos. .

Radiológicamente sub luxación astrágalo escafoides. Calcáneo en equino bilateral.

Se le propone realizar:

1) ALARGAMIENTO PERCUTANEO DE AQUILES BILATERAL

Posteriormente debe realizar un proceso de rehabilitación activa especializada y el uso de férula AFO.

Dr. Rolando A. Hurtado C.
M.S.D.S. 44682
C.M.L. 3758
C-I. 9 119 222.



FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

INTERCONSULTA

APELLIDOS: Morales NOMBRES: Angelina
EDAD: 7 años HISTORIA N°: _____

REFERIDO A LA UNIDAD DE: Genética
POR LA UNIDAD DE: Neuropediatría
MOTIVO DE CONSULTA: Escolar primario de 7 años de edad en institución en la adquisición del lenguaje desde el primer año de vida, seguido de pérdida de habilidades motoras y uso propulsivo de los brazos, microcefalia (no se precisa inicio). Se sospecha Sd Rett. Se agradece su evolución. Atte,

FECHA: 29/06/16

Dra. Norelis Rodríguez P.
Neuróloga Pediatra
C.I. 12.004.598 M.P.S. 556704

FIRMA DEL MÉDICO REFERENTE

MOTIVO DE CONSULTA: _____

FECHA: _____

FIRMA DEL MÉDICO CONSULTADO



PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 35816

Paciente: ANGELINA GISELL MORALES CASTELLANOS

Edad: 7 años

Nro. Historia: FHOI-455420

Responsable de Pago: ANGELINA GISELL MORALES CASTELLANOS

C.I./ Pasaporte: V-18669547#1

Tipo de Paciente: F

Teléfono: 04145755755

Rif: V-18669547#1

Fecha Elaboración: 29-06-2016

Fecha Vencimiento: 13/08/2016

Días Cama Hospitalización: 1

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización

Médico Tratante: ROLANDO ADOLFO HURTADO CARDENAS

Diagnóstico: DISFUNCION MOTORA SUBTIPO DE DISPLEJIA ESPASTICA

Especialidad: ORTOPEDISTA

Procedimiento (s): NEOR.C1.19 Cirugías de alta Complejidad Bilaterales:

Descripción	UN.	Precio/ Un	Cant.	Total
SERVICIO DE QUIROFANO	UND	7.500,00	1,00	7.500,00
SERVICIO DE ATENCION EN QUIROFANO	UND	4.856,00	1,00	4.856,00
SERVICIO DE QUIROFANO 1ERA. HORA	UND	4.047,00	1,00	4.047,00
COMSUMIBLES- EQUIPO DE ANESTESIA	UND	3.900,00	1,00	3.900,00
ESTERILIZACION DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	3.500,00	1,00	3.500,00
SERVICIO DE QUIROFANO HORA ADICIONAL	UND	2.428,00	1,00	2.428,00
MANEJO DE DESECHOS BIOLOGICOS	UND	1.000,00	1,00	1.000,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO	UND	19.731,00	1,00	19.731,00
SERVICIO DE HOSPITALIZACION	UND	8.190,00	1,00	8.190,00
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO	UND	3.000,00	1,00	3.000,00
SOPORTE ENTERO- PARENTERAL POR DIA	UND	2.940,00	1,00	2.940,00
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACIONAL	UND	2.000,00	1,00	2.000,00
SERVICIO DE MEDICO RESIDENTE	UND	2.000,00	1,00	2.000,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION	UND	16.130,00	1,00	16.130,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	165.000,00	1,00	165.000,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	165.000,00	1,00	165.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	165.000,00	1,00	165.000,00
FARMACOS	UND	24.000,00	1,00	24.000,00
MEDICAMENTOS	UND	24.000,00	1,00	24.000,00
Total FARMACOS	UND	24.000,00	1,00	24.000,00
SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS	UND	6.141,00	1,00	6.141,00
EXAMENES DE LABORATORIO	UND	6.141,00	1,00	6.141,00
Total SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS	UND	6.141,00	1,00	6.141,00
SERVICIO DE RADIOLOGIA	UND	5.470,00	1,00	5.470,00
ESTUDIOS DE RADIOLOGIA	UND	1.812,00	1,00	1.812,00
FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN	UND	1.530,00	1,00	1.530,00
SISTEMA RIS/ PACS Y MATERIALES	UND	1.188,00	1,00	1.188,00
PLACAS EN PABELLON	UND	470,00	2,00	940,00
Total SERVICIO DE RADIOLOGIA	UND	5.470,00	1,00	5.470,00
SERVICIO SALA DE YESO	UND	10.000,00	1,00	10.000,00
SALA DE YESO	UND	10.000,00	1,00	10.000,00
Total SERVICIO SALA DE YESO	UND	10.000,00	1,00	10.000,00
SERVICIO DE FISIATRIA	UND	1.800,00	1,00	1.800,00
CONSULTA DE FISIATRIA 1 ERA. VEZ	UND	1.800,00	1,00	1.800,00
Total SERVICIO DE FISIATRIA	UND	1.800,00	1,00	1.800,00

PRODUCTOS A LA MEDIDA

AV. ANDRES BELLO, SECTOR GUAICAIPURO
RIF: J001688706
Email: fhoi@fhoi.org.ve
Teléfonos: (0212) 509-4411 / (0212) 509-4515

Impreso: 29 de Junio de 2016
Hora: 08:45 AM
Usuario: SCONTRERAS
Departamento: ADMINISTRACION