




REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CONSEJO NACIONAL ELECTORAL
COMISION DE REGISTRO CIVIL Y ELECTORAL
ESTADO PORTUGUESA
ALCALDIA BOLIVARIANA DEL MUNICIPIO ARAURE
UNIDAD PARROQUIAL DE REGISTRO CIVIL RIO ACARIGUA

QUIEN SUSCRIBE JOHANA ESTER CUEVAS HURTADO, COORDINADORA DEL REGISTRO CIVIL DE LA PARROQUIA RIO ACARIGUA MUNICIPIO ARAURE ESTADO PORTUGUESA, ACTUANDO POR DELEGACIÓN DE LA PRIMERA AUTORIDAD CIVIL DEL MUNICIPIO, LICENCIADA NUBIA C. CUPARE DE ALGOMEDA: Según resolución N° AMD-312-2014 de fecha Ocho (08) de Septiembre de Dos Mil Catorce (2014): **CERTIFICA:** Que en el libro de registro Civil de nacimientos, de este despacho durante el año DOS MIL TRECE, se encuentra inserta un acta al N° 55.- EL SUSCRITO EUSTORGIO NUÑEZ BOLIVAR, COORDINADOR DE REGISTRO CIVIL DE LA PARROQUIA RIO ACARIGUA, MUNICIPIO ARAURE ESTADO PORTUGUESA, Hago constar: Que hoy VEINTE de FEBRERO del DOS MIL TRECE, me ha sido presentado un niño por el ciudadano: **JHANCARLO ANTONIO PARGAS RODRIGUEZ**, de Veintiseis años de edad, de profesión Albañil, titular de la cédula de identidad número: **V-22.093.222**, natural de Araure, Estado Portuguesa de nacionalidad venezolana, con domicilio en calle 4 Casa N° 46 Sector Romulo Betancourt Parroquia Río Acarigua, Municipio Araure Estado Portuguesa y de **LILIBETH JOSEFINA MONTILLA RIVERO**, de Veintidos años de edad, de profesión estudiante, titular de la cédula de identidad número: 20.640.860, natural de Araure, de nacionalidad venezolana, con domicilio en calle 4 Casa N° 46 Sector Romulo Betancourt Parroquia Río Acarigua, Municipio Araure Estado Portuguesa. Quienes manifestaron que el niño cuya presentación hace nació: el día **VEINTITRES DE ENERO DEL DOS MIL TRECE (23-01-2013)**, a las 2:16 PM, en la Maternidad del Hospital Doctor Jesús María Casal Ramos, Municipio Araure Estado Portuguesa que tiene por nombres y apellidos: **GABRIEL ALEJANDRO PARGAS MONTILLA**, quien es su hijo.- Fueron testigos presenciales de este acto los ciudadanos: **MARISOL DEL CARMEN RIVERO**, de cédula número: **V-11.849.883**, de profesión estudiante, domiciliado en la calle 4 casa N° 46 sector Romulo Betancourt, Parroquia Río Acarigua Municipio Araure Estado Portuguesa y **ADELIS JOSE SILVA**, titular de la cédula de identidad números: **V-11.081.647**, de 43 años de edad, Policia, domiciliado en la calle 4 casa N° 46 sector Romulo Betancourt Parroquia Río Acarigua municipio Araure Estado Portuguesa. Leída la presente acta a los presentantes y testigos manifestaron conformidad u firman. EL COORDINADOR (LS/FDO) ILEGIBLE, LOS PRESENTASTES (FDO) ILEGIBLE, LOS TESTIGOS (FDO) ILEGIBLE, LA SECRETARIA (FDO) ILEGIBLE. El anterior asiento es copia fiel y exacto traslado de su original que expido y certifico a petición de parte interesada en Río Acarigua a los **DIECISIETE** días del mes de **NOVIEMBRE** del año **2015**.-


JOHANA ESTER CUEVAS HURTADO
Coordinadora del Registro Civil de la Parroquia Río Acarigua

JECH/



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CONSEJO COMUNAL ROMULO BETANCOURT
RIT N°: J-29949671-5

PARROQUIA RIO ACARIGUA SECTOR ROMULO BETANCOURT
MUNICIPIO ARAURE ESTADO PORTUGUESA

CONSTANCIA DE RESIDENCIA

Los suscritos, Voceros del Consejo Comunal sector "ROMULO
BETANCOURT" de la Parroquia Río Acarigua del Municipio Araure Estado
Portuguesa, hace constar por medio de la presente que el (la) ciudadano (a):
Lilbeth Josefine Montilla Rivero, titular de la cédula de
identidad número, V-: 20.640.860, esta/residenciado(n) en:
Calle 4, casa 46 del mencionado sector
desde hace 25 años.

Constancia que se expide a solicitud de la parte interesada, en la Parroquia Río
Acarigua a los 15 días del mes de Diciembre del año 2015
Quienes suscriben,

[Firma]
NOMBRE: Estelita Rodryg
C.I.: 5999382
TELÉFONO:

[Firma]
NOMBRE: Araury Lina
C.I.: 18893503
TELÉFONO: 0255 711032

[Firma]
NOMBRE: [Firma]
C.I.: 9564341
TELÉFONO: 0426 855841

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 22.093.222

MF003
Hugo Cabezas
Director

APELLIDOS PARGAS RODRIGUEZ
NOMBRES JHANCARLO ANTONIO

Jhancarlo

30-03-86 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

26-02-07 02-2017
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 20.640.860

MM743
Anabel Jiménez
Directora

APELLIDOS MONTILLA RIVERO
NOMBRES LILIBETH JOSEFINA

Lilibeth Montilla

31-12-90 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

09-01-16 01-2026
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 11.849.882

029

APELLIDOS RIVERO DE MONTILLA

Dante Rivas
Director

NOMBRES TEOLINDA SABEL

Teolinda Rivas

FIRMA TITULAR



04/06/1974 VIUDA

17/06/2015 08/2025
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 25.422.478

MM743

APELLIDOS SILVA RIVERO

Anabel Jimenez
Directora

NOMBRES ADELMARY MILEXI

Adelmary Silva

FIRMA TITULAR



04-01-97 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

09-01-16 01-2026
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO





FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 24042

Paciente: GABRIEL ALEJANDRO PARGAS MONTILLA
Edad: 2 años 11 meses 19 días
Nro. Historia: FHOI-298330
Responsable de Pago: GABRIEL ALEJANDRO PARGAS MONTILLA

C.I./ Pasaporte: V-20640860#1
Tipo de Paciente: F
Teléfono: 04165573597
Rif: V-20640860#1
Fecha Elaboración: 11-01-2016
Fecha Vencimiento: 25/02/2016
Días Cama Hospitalización: 0

Tipo de Atención: Cirugía Ambulatoria
Médico Tratante: ANTONIO JOSE TUCELLA SPERA
Diagnóstico: DISMETRIA DE MIEMBROS INFERIORES
Especialidad: ORTOPEDISTA
Procedimiento (s): M.I.A.06 RETIRO DE TUTOR:

Descripción	UN.	Precio/ Un	Cant.	Total
SERVICIO DE QUIROFANO				
SERVICIO DE ATENCION EN QUIROFANO	UND	4.856,00	1,00	4.856,00
HORA DE QUIROFANO BANDEJA DE 1HORA	UND	2.428,00	1,00	2.428,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO				7.284,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	64.000,00	1,00	64.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				64.000,00
FARMACOS				
MEDICAMENTOS	UND	30.000,00	1,00	30.000,00
Total FARMACOS				30.000,00
SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				
HEMATOLOGIA COMPLETA	UND	120,00	1,00	120,00
BUN (NITROGENO UREICO)	UND	100,00	1,00	100,00
CREATININA	UND	100,00	1,00	100,00
GLICEMIA	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
Total SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				820,00
SERVICIO DE RADIOLOGIA				
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
Total SERVICIO DE RADIOLOGIA				2.735,00
SERVICIO SALA DE YESO				
SALA DE YESO	UND	10.000,00	1,00	10.000,00
Total SERVICIO SALA DE YESO				10.000,00
HONORARIOS PROFESIONALES				
CIRUJANO PRINCIPAL	UND	14.000,00	1,00	14.000,00
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE	UND	5.600,00	1,00	5.600,00
ANESTESIOLOGO	UND	5.600,00	1,00	5.600,00
EVALUACION PACIENTE AMBULATORIO	UND	2.700,00	1,00	2.700,00
SERVICIO ATENCION PRE- ANESTESIA	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
HONORARIOS POR ATENCION DE ENFERMERA EN QUIROF.	UND	1.450,00	1,00	1.450,00
CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA	UND	1.034,00	1,00	1.034,00
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA	UND	1.034,00	1,00	1.034,00

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

Impreso: 11 de Enero de 2016
Hora: 08:59 AM
Usuario: mmendez
Departamento: ADMINISTRACIÓN



FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 24042

HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES	UND	535,00	1,00	535,00
HONORARIOS POR PLACA PABELLON	UND	235,00	2,00	470,00
HONORARIO TECNICO RADIOLOGO TIPO I	UND	45,00	1,00	45,00
Total HONORARIOS PROFESIONALES				33.968,00

Total Hospital	114.839,00
Total Honorarios	33.968,00
Total General Presupuesto Bs.....	148.807,00

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.
- 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.

Elaborado Por:	Recibí Conforme:
MONICA MORELLY MENDEZ MORGADO	
C.I.: V-14743962	C.I.:

