

Quien Suscribe **Abg. Rosana Mercedes Orfila Montilla**, Registradora Civil de la Parroquia Palacio Fajardo, Municipio Pedro Manuel Rojas Estado Barinas. Actuando por Delegación de la Primera Autoridad Civil de dicho Municipio tal como se evidencia en Resolución N° D.D.A. 00077-2013 de fecha: 23-12-2013. Gaceta Municipal N° 003 fecha: 21/01/2014, **CERTIFICA** Que en los libros de Registro Civil de Nacimientos llevados por este Despacho durante el año 2009. Bajo el vuelto del Folio N° 40 Se encuentra inserta un acta de **Nacimiento** que copiada al pie de la letra dice textualmente así: **Acta N° 51.-** Quien suscribe **Lcdo. Ender Pérez**, Registrador Civil de la Parroquia Palacio Fajardo, Municipio Rojas Estado Barinas. Hace constar que hoy: **16 de Diciembre del año: 2009**, me ha sido presentado ante este Despacho un niño por el Ciudadano: **CEDEÑO SILVA JOSE LUIS** de 36 años de edad soltero venezolano obrero con **C.I.N° 12.510.902**, residenciado en Mijagual Parroquia Palacio Fajardo. Quien expuso: Que el niño que presenta nació en Barinas Estado Barinas. **El día: 14 de Diciembre del año: 2009**, a las: 7:43 am en la Unidad Quirúrgica del Centro C.A. y lleva por Nombre: **ISAHIR ALEJANDRO** Hijo del presentante en la ciudadana: **MONTILLA BLANCO AVILMAR DEL VALLE** de 24 años de edad soltera venezolana de Profesión Docente con **CI: N° 17.049.431**, residenciada en Mijagual. Fueron testigos de este acto los Ciudadanos: Jorge Camacho y Wilmer Valladares, mayores de edad venezolanos y de esta Parroquia. Leída que les fue el acta al presentante y testigos firman. (Fdo.) Registrador Civil (Fdo.) Presentante (Fdo.) Testigos (Fdo.) Secretaria Firmas ilegible. Es copia fiel y exacta de su Original que la contiene y de su exactitud doy fe y expido a solicitud de parte interesada en el Registro Civil de Mijagual, a los **01 días del mes de Octubre del año: 2014**.

Abg. Rosana M. Orfila M.

Coordinadora del Registro Civil de la Parroquia Palacio Fajardo
Según Resolución D. D. A. 00077-2013 fecha: 23-12-2013

Gaceta Municipal N° 003 fecha: 21/01/2014

Dirección: calle N° 03 Bolívar Parroquia Manuel Palacio Fajardo, Municipio Pedro Manuel Rojas, Estado Barinas.

NOTA: Artículo 94, L.O.R.C. "...La autoridad del Registro Civil expedirá gratuitamente las certificaciones del acta de nacimiento, las cuales no tendrán fecha de vencimiento; por lo tanto, los órganos y entes de la Administración Pública, así como las instituciones privadas, no podrán exigirles una fecha de expiración, salvo que los mismos sean ilegales o presenten enmiendas o tachaduras que dificulten su comprensión.-"

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 17.049.431 201
APELLIDOS MONTILLA BLANCO
NOMBRES AVILMAR DEL VALLE
09/12/1985 SOLTERA
F. NACIMIENTO F. REG. CIVIL
19/09/2014 - 09/2024
F. EXPIRACIÓN F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO



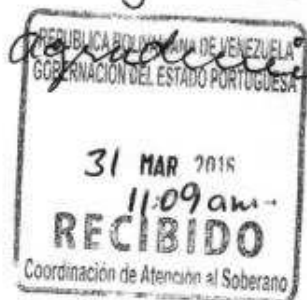
Contacto: 0426 275 6390
0257 253 9137

Av. Hugo Rafael Echeverez c/
Av. Simón Bolívar
Urb. Villa Guanare
Calle 3 casa 3-12

Ciudadano:

Reinaldo Castañeda.
Gobernador del Estado Portuguesa
su despacho.
Presente:

Ante todo, reciba un respetuoso y cordial saludo.
por medio de la presente me dirijo a usted, con la
finalidad de hacerle llegar un informe médico,
Emitido por médicos especialistas del hospital
ortopedico infantil de caracas, dicho informe
es de mi hijo de 6 años Esahir Cedeño Montilla,
quien fue diagnosticado, de un problema en una
pierna (en el informe que anexo explica la anomalía)
por este motivo, vengo a solicitar una ayuda
económica por la gobernación que dignamente
usted dirige, y esperando de su generosidad, que
el caso de mi hijo, sea tomado en consideración para
poder operarlo, ya que soy una madre, sin recursos
económicos y que vivo animada donde una prima
que generosamente me da apoyo en su casa.



Atentamente,
Avelmar Montilla
C.I. 17049431



FUNDACIÓN
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

INFORME MÉDICO

Caracas, 09 de Marzo de 2016

Paciente: Cedeño Montilla Isahir Alejandro

Se trata de paciente de sexo masculino de 6 años de edad quien consulto por deformidad de miembros inferiores con dolor y limitación funcional, lo que ocasiona molestia para la marcha. Al examen físico y radiológico se evidencia:

Idx: 1. Torsión tibial interna bilateral.

Por lo que se planifica una intervención quirúrgica para corregir dicha deformidad mediante:

QX: 1. Osteotomía supramaleolar desrotadora bilateral.

Con el fin de mejorar función y calidad de vida del paciente.

Dr. RAFAEL ARCIA

CI 8654184.

MSDS 49944

CMDC 23314.





FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 28853

Total SERVICIO SALA DE YESO

10.000,00

HONORARIOS PROFESIONALES

CIRUJANO PRINCIPAL	UND	48.000,00	1,00	48.000,00
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE	UND	19.200,00	1,00	19.200,00
ANESTESIOLOGO	UND	19.200,00	1,00	19.200,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE	UND	14.400,00	1,00	14.400,00
PERFIL DE BANCO DE SANGRE	UND	5.000,00	1,00	5.000,00
EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT.	UND	4.500,00	1,00	4.500,00
DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION	UND	2.700,00	1,00	2.700,00
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
CIRCULANTE DE ENFERMERA EN QUIROFANO POR HORA	UND	1.034,00	2,00	2.068,00
INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO POR HORA	UND	1.034,00	2,00	2.068,00
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				121.686,00

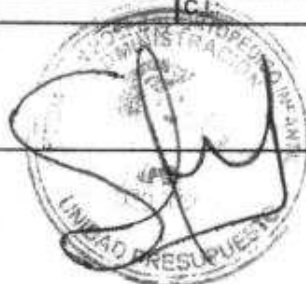
Total Hospital	180.366,00
Total Honorarios	121.686,00
Total General Presupuesto Bs.	302.052,00

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:	Recibi Conforme:
SIXTA YOLIMAR CONTRERAS RINCON	
C.I.: V-19351776	

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



Impreso: 09 de Marzo de 2016
Hora: 11:54 AM
Usuario: SCONTRERAS
Departamento: ADMINISTRACION



FUNDACIÓN HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 28853

Paciente: ISAHIR ALEJANDRO CEDEÑO MONTILLA

Edad: 6 años

Nro. Historia: FHOI-272973

Responsable de Pago: ISAHIR ALEJANDRO CEDE

C.I./ Pasaporte: V-17049431#1

Tipo de Paciente: F

Teléfono: 0426-7776393

Rif: V-17049431#1

Fecha Elaboración: 09-03-2016

Fecha Vencimiento: 23/04/2016

Días Cama Hospitalización: 2

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización

Médico Tratante: RAFAEL LUIS ARCIA

Diagnóstico: TORSION TIBIAL INTERNA BILATERAL

Especialidad: ORTOPEDISTA

Procedimiento (s): MI.C.14 OSTEOTOMIA TIBIAL

Descripción	UN	Precio/Un	Cant.	Total
SERVICIO DE QUIROFANO				
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 BIOLÓGICOS	UND	1.000,00	1,00	1.000,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO				19.731,00
SERVICIO DE HOSPITALIZACION				
SOPORTE ENTERO- PARENTERAL POR DIA	UND	3.000,00	2,00	6.000,00
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION SALA FUNDACIONAL	UND	2.940,00	2,00	5.880,00
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO	UND	2.000,00	2,00	4.000,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				15.880,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	100.000,00	1,00	100.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				100.000,00
FARMACOS				
MEDICAMENTOS	UND	30.000,00	1,00	30.000,00
Total FARMACOS				30.000,00
SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				
EXAMENES DE LABORATORIO	UND	1.200,00	1,00	1.200,00
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				2.020,00
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

AV. ANDRES BELLO, SECTOR GUAICAIPURO

RIF: J001688706

Email: fhoi@fhoi.org.ve

Teléfonos: (0212) 509-4411 / (0212) 509-4515

Impreso: 09 de Marzo de 2016

Hora: 11:54 AM

Usuario: SCONTRERAS

Departamento: ADMINISTRACION