

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LAS COMUNAS Y PROTECCIÓN SOCIAL  
CONSEJO COMUNAL BELLA VISTA II SECTOR I  
REG. MPPCPS N°: 18-08-01-001-0001  
RIF N: C-29979155-5  
TEL- 0255-6213158  
ACARIGUA - PORTUGUESA

## CONSTANCIA DE RESIDENCIA

Quienes suscriben miembros del Consejo Comunal Bella Vista II Sector I, hacemos constar por medio de la presente que el ciudadano(a): Salas G. Belkis S., portador de la Cédula de Identidad N°: 20.811.397, es residente de esta comunidad en la dirección: Calle 30 en Av 46 casa 2-32, desde hace 24 años, demostrando ser una persona seria y responsables.

Constancia que se otorga a los 11 días del mes de Julio del 2016

PARA TRAMITAR: Ayuda Medica

YOHANA RODRIGUEZ

VOC. ASUNTOS CIVILES

Atentamente  
Republica Bolivariana de Venezuela  
Consejo Comunal  
BELLA VISTA II SECTOR I  
RIF: J-29979155-5 MPPCPS. 022000

JORGE FIGUEROA

VOC. DE CIENCIA Y TECNOLOGIA

ANTONIO VARGAS

VOC. DE UNIDAD FINANCIERA

Consejo Comunal  
BELLA VISTA II SECTOR I  
RIF: J-29979155-5 MPPCPS. 022000

Tel. 3238  
Intervención Quirúrgica

Acarigua, 11 de Julio del 2016

Ciudadano  
Reinaldo Castañeda  
Gobernador del Edo Portuguesa



Resiva un Saludo Revolucionario y Bolivariano, en la oportunidad de Solicitarle Su Valiosa Colaboración en cuanto al Caso de mi hijo. Luis Alfredo Jimenez de tan Solo 6 años de edad, quien Requiere una intervención quirúrgica ya que mi hijo es un niño con Condiciones especial, ya que mi hijo esta presentando, Cuadruplejia Espastica, Luxacion Paralitica De Cadera derecha y Pie equinovaro Paralitico Vilateral, ya que el Banco Central de Venezuela me aprobo una Cantidad de plata para la operacion de mi hijo. y me hace falta un aproximado de 100 mil bolivares fuerte, pero yo no tengo los Recurso para acompletarle. Por ese motivo Acudo a usted Sr Gobernador. ya que tengo plazo asta el 26 de este mes. Gracias por su Colaboracion

Atentamente  
Belkis Salas  
20.811.397

Telefonos  
0424 4985075  
0412 6736004

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEDULA DE IDENTIDAD

V 20.811.397

MM755

APELLIDOS SALAS GARCIA  
NOMBRES BELKIS SILMAURY

Anabel Jimenez  
Directora

Belkis Salas

FIRMA Y Sello

27-10-91 SOLTERA  
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

02-12-15 12-2025  
F. EXPIRACION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



Quien suscribe, **ABG. FRANCIS ANA BELL PERAZA CHIRIVELLA**, Jefe de la Oficina de Registro Civil de la Parroquia Candelaria del Municipio Valencia del Estado Carabobo, actuando por delegación de la Primera Autoridad Civil de dicho Municipio, según Resolución N° DA/603/2015 de fecha 26/11/2015 publicada en Gaceta Municipal N° 15/4503 Extraordinario de fecha 04/12/2015, certifica que el **ACTA DE NACIMIENTO** que a continuación se transcribe, es COPIA de su original que corre inserta, bajo el ACTA N° 27, TOMO III, AÑO 2.010, **Abog. Luis Enrique Jimenez**, con autoridad y firma delegada del ciudadano Alcalde del Municipio Valencia, para ejercer las competencias en materia de Registro Civil de nacimientos y defunciones, ocurridas en la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", Parroquia Candelaria, Municipio Valencia, Estado Carabobo, según Resolución N° DA-087/09 de fecha 30/01/2009, publicada en Gaceta Municipal N° 1030 Extraordinario, de fecha 25/02/2009, deja constancia que hoy, ocho de marzo de dos mil diez, comparecen por ante este despacho los ciudadanos **LUIS ALFREDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ**, venezolano, de 22 años de edad, soltero, cédula de identidad N° 19.376.910, instalador y **BELKIS SILMAURY SALAS GARCÍA**, venezolana, de 18 años de edad, soltera, cédula de identidad N° 20.811.397, del hogar, ambos domiciliados en la parroquia Miguel Peña y declaran: "Presentamos un niño que tengo por nombre **LUIS ALFREDO**, nacido en Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, de esta Ciudad, el día cinco del mes de marzo de dos mil diez, a las 05:54 pm, quien es nuestro hijo." Fueron testigos presenciales del acto los ciudadanos Marisol Reyes, de 51 años de edad, cédula de identidad N° 7.065.404, del hogar, con domicilio en la parroquia Candelaria y Annelize Coromoto Olivares, de 47 años de edad, cédula de identidad N° 9.134.227, del hogar, con domicilio en la parroquia Candelaria. Extendida la presente acta se le dio lectura y conformes firman: Delegado de la Oficina de Registro Civil (Fdo.). Presentante (Fdo.). Testigos (Fdo.). Copia que se expide a solicitud de parte interesada, en Valencia en fecha 12 de Abril de 2016.

LUZNEIDI GALINDEZ





FUNDACIÓN  
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

## INFORME MÉDICO

Caracas, 06 de Julio de 2016

**NOMBRE: LUIS JIMENEZ**

**EDAD: 06 AÑOS**

**HISTORIA: 29-07-02**

Paciente masculino en edad escolar que es controlado en este centro por presentar: DISFUNCION MOTORA SUBTIPO CUADRIPLÉJIA ESPÁSTICA, LUXACION PARALÍTICA DE CADERA DERECHA Y PIE EQUINO VARO PARALÍTICO BILATERAL.

Al examen físico se aprecia se aprecia pobre control de tronco con limitada capacidad para sentarse, sin potencial de marcha, bipedestación con ayuda y apoyo y espasticidad muscular generalizada importante, apoyo en equino y valgo de ambos pies por espasticidad, acortamiento de isquiotibiales, Silverskiol positivo bilateral, ante versión femoral bilateral de 80 grados y torsión tibial interna bilateral.

En vista del compromiso de espasticidad se decide intervención quirúrgica para: Cadera Derecha reducción cruenta, osteotomía femoral proximal desrotadora y Varizante con placa angulada, osteotomía pélvica Dega, alargamiento de isquiotibiales bilateral, tenotomía de aductores bilateral.

Además se indican férulas AFO bilateral, Medicina Física y Rehabilitación.

DR. JUAN A. VIEIRA  
C.I. 5.307.357  
SAS 39405

Dr. Juan A. Vieira  
C.I. N° 5.307.357  
SAS: 39405 CV  
RIF: V-05307357-5  
Firma electrónica





## FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

## PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 36129

Paciente: LUIS ALFREDO JIMENEZ SALAS

Edad: 6 años

Nro. Historia: FHOI-290702

Responsable de Pago: LUIS ALFREDO JIMENEZ SALAS

C.I./ Pasaporte: V-20811397#1

Tipo de Paciente: F

Teléfono: 0424-4985075

Rif: V-20811397#1

Fecha Elaboración: 06-07-2016

Fecha Vencimiento: 20/08/2016

Días Cama Hospitalización: 3

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización

Médico Tratante: JUAN ADALBERTO VIEIRA REY

Diagnóstico: CUADRIPLÉJIA ESPÁSTICA, LUXACIÓN CADERA DERECHA.

Especialidad: ORTOPEDISTA

Procedimiento(s): NEOR.C1.29 Osteotomía Femoral Distal / Osteotomía Femoral Desrotadora y Varizante:

Descripción	UN	Precio/ Un	Cant.	Total
<b>SERVICIO DE QUIROFANO</b>				
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
CONSUMIBLES- 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	3,00	7.284,00
MANEJO DE DESECHOS BIOLOGICOS	UND	1.000,00	1,00	1.000,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO				24.587,00
<b>SERVICIO DE HOSPITALIZACION</b>				
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO	UND	8.190,00	3,00	24.570,00
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 MEDICO RESIDENTE	UND	2.000,00	1,00	2.000,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				44.390,00
<b>MATERIAL MEDICO QUIRURGICO</b>				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	295.000,00	1,00	295.000,00
TORNILLO CORTICAL 6.5 X 30MM R16	PIEZA	9.191,87	3,00	27.575,61
PLACA ANGULADA PED. 3.5 MM LAM. 25	PIEZA	2.444,06	1,00	2.444,06
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				325.019,67
<b>FARMACOS</b>				
MEDICAMENTOS	UND	60.000,00	1,00	60.000,00
Total FARMACOS				60.000,00
<b>SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS</b>				
EXAMENES DE LABORATORIO	UND	6.141,00	1,00	6.141,00
Total SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				6.141,00
<b>SERVICIO DE RADIOLOGIA</b>				
FLUOROSCOPIA Y/ O INTENSIFICADOR DE IMAGEN	UND	1.530,00	1,00	1.530,00
ESTUDIOS DE RADIOLOGIA	UND	1.342,00	1,00	1.342,00
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				5.000,00
<b>SERVICIO SALA DE YESO</b>				
SALA DE YESO	UND	10.000,00	1,00	10.000,00
Total SERVICIO SALA DE YESO				10.000,00
<b>SERVICIO DE FISIATRIA</b>				
CONSULTA DE FISIATRIA 1 ERA. VEZ	UND	1.800,00	1,00	1.800,00
Total SERVICIO DE FISIATRIA				1.800,00



# FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

## PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 36129

### PRODUCTOS A LA MEDIDA

MATERIAL TALLER ORTOPEDIA

Total PRODUCTOS A LA MEDIDA

UND	100.000,00	1,00	100.000,00
			100.000,00

### SERVICIO DE FISIOTERAPIA

CONSULTA DE FISIOTERAPIA

Total SERVICIO DE FISIOTERAPIA

UND	1.200,00	10,00	12.000,00
			12.000,00

### HONORARIOS PROFESIONALES

CIRUJANO PRINCIPAL

CIRUJANO PRIMER AYUDANTE

ANESTESIOLOGO

CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE

CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE.

TRANSFUSIONES ADMINISTRADAS

PERFIL DE BANCO DE SANGRE

EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT.

DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION

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

CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN HOSPITALIZACION

HONORARIOS POR INTENSIFICADOR DE IMAGENES

HONORARIOS POR PLACA PABELLON

HONORARIO TECNICO RADIOLOGO TIPO I

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	14.500,00	1,00	14.500,00
UND	7.500,00	1,00	7.500,00
UND	6.000,00	1,00	6.000,00
UND	3.500,00	2,00	7.000,00
UND	2.800,00	1,00	2.800,00
UND	2.068,00	4,00	8.272,00
UND	2.068,00	4,00	8.272,00
UND	1.500,00	1,00	1.500,00
UND	1.500,00	1,00	1.500,00
UND	1.200,00	3,00	3.600,00
UND	1.070,00	1,00	1.070,00
UND	470,00	2,00	940,00
UND	86,00	1,00	86,00

250.240,00

Total Hospital	588.937,67
Total Honorarios	250.240,00
Total General Presupuesto Bs.	839.177,67

### 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  
RIF J001688706

## PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 36129

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. Historia: FHOI-380702

Teléfono: 0424-4093075

Responsable de:

Elaborado Por:

Recibi Conforme:

Tipo de Atendido:

Ortopedia con H

Fecha Vencimiento:

Médico Tratante:

DR. ANDRES BELLO

Días Cance Hospitalización:

Diagnóstico:

SIXTA YOLIMA CONTRERAS RINCON

Especialidad:

C.I.: V-19351776

C.I.:

Procedimiento:

### SERVICIO DE QUIROFANO

SERVICIO DE ATENCION EN QUIROFANO

UND

4.850,00

1,00

4.850,00

SERVICIO DE QUIROFANO 1ERA. HORA

UND

4.047,00

1,00

4.047,00

CONSUMIBLES- EQUIPO DE ANESTESIA

UND

3.800,00

1,00

3.800,00

ESTERILIZACION DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

UND

3.500,00

1,00

3.500,00

SERVICIO DE QUIROFANO HORA ADICIONAL

UND

2.422,00

3,00

7.264,00

MANEJO DE DESECHOS BIOLÓGICOS

UND

1.000,00

1,00

1.000,00

Total SERVICIO DE QUIROFANO

24.557,00

### SERVICIO DE HOSPITALIZACION

SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO

UND

8.190,00

3,00

24.570,00

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 MEDICO RESIDENTE

UND

2.000,00

1,00

2.000,00

Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION

44.390,00

### MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

UND

295.000,00

1,00

295.000,00

TORNILLO CORTICAL 5.5 X 30MM 1/16

PIEZA

3.191,57

3,00

9.574,71

PLACA ANGULARA PED. 3.5 MM LARG. 25

PIEZA

2.444,00

1,00

2.444,00

Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

306.998,71

### FARMACOS

MEDICAMENTOS

UND

60.000,00

1,00

60.000,00

Total FARMACOS

60.000,00

### SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS

EXAMENES DE LABORATORIO

UND

6.141,00

1,00

6.141,00

Total SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS

6.141,00

### SERVICIO DE RADIOLOGIA

FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN

UND

1.530,00

1,00

1.530,00

ESTUDIOS DE RADIOLOGIA

UND

1.342,00

1,00

1.342,00

SISTEMAS PACS Y MATERIALES

UND

1.108,00

1,00

1.108,00

PLACAS EN PARALELO

UND

479,00

2,00

958,00

Total SERVICIO DE RADIOLOGIA

4.838,00

### SERVICIO SALA DE YESO

SALA DE YESO

UND

10.000,00

1,00

10.000,00

Total SERVICIO SALA DE YESO

10.000,00

### SERVICIO DE FISIATRIA

CONSULTA DE FISIATRIA 1 ERA. VEZ

UND

1.500,00

1,00

1.500,00

Total SERVICIO DE FISIATRIA

1.500,00