

Guanare, 10 de noviembre de 2017

Ciudadano

Oscar Novoa

Alcalde del municipio Guanare estado Portuguesa.

Su despacho.

Reciba ante todo un cordial saludo, deseándole éxito en su nueva gestión.

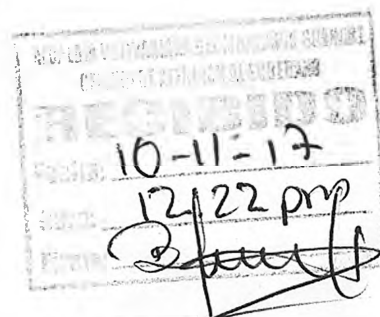
Quien suscribe, **Génesis Zambrano**, venezolana, mayor de edad, titular de la cedula de identidad N° 20.545.712, acude ante usted para apelar a su calidad humana y presentarle la situación de salud que afronta mi padre, el señor José Félix Zambrano, titular de la cedula de identidad N° 9.406.091, el cual fue diagnosticado con un Carcinoma Epidermoide y requiere realizarse una intervención quirúrgica (Glosectomía parcial mas disección de cuello) con ampliación de los márgenes de la lesión que presenta en la lengua.

Ahora bien, por cuanto somos una familia de escasos recursos económicos y el monto de dicha intervención asciende a los Bs. 27.330.310,00, suma esta con la que no contamos es por lo que requerimos que se sirva canalizar y materializar una ayuda económica, y de esta manera poder efectuar tal intervención y proseguir con el tratamiento posterior (Quimioterapia y radioterapia) y de esta forma poder garantizar a mi padre el derecho a la salud y a la vida, los cuales son derechos fundamentales de todo ciudadano.

Esperando de usted una pronta y afirmativa respuesta y deseando de todo corazón que Dios y la Virgen de Coromoto lo bendigan y lo acompañen en gestión.

Quedo de usted.


Génesis Zambrano
CI N° 20.545.712
0426-6340811



Cuenta Corriente Banesco
0134-0946-32-0001044032
Gzembrano_93@hotmail.com
Génesis Zambrano

TAC: 121578

**PRESUPUESTO APROXIMADO CORRESPONDIENTE A UN ACTO MEDICO SIN COMPLICACIONES (Bs.F.)
 SUJETO A CAMBIO SIN PREVIO AVISO**

NÚMERO DE PRESUPUESTO: PH00167930 FECHA DE ELABORACIÓN: 07/11/2017 FECHA DE ADMISIÓN: 07/11/2017
 NOMBRE DEL PACIENTE: ZAMBRANO, JOSE FELIX CÉDULA: V-9.406.091
 TIPO DE AFILIACIÓN: BAREMO PARA PARTICULARES OPERADOR: 763
 MÉDICO TRATANTE: GARRIGA GARCIA, ESTEBAN AGUSTIN
 DIAS DE HOSPITALIZACIÓN: 2 HORAS DE QUIRÓFANO: 3,00 Días UCI: 0 TIPO: HOSPITALIZACIÓN
 ATENCIÓN:

DIAGNÓSTICO: VER INFORME MEDICO
 TRATAMIENTO: TRATAMIENTO QUIRURGICO CON HOSPITALIZACION
 INTERVENCIÓN: GLOSECTOMIA PARCIAL
 OBSERVACIONES: +DISECCION DE CUELLO

DESCRIPCION	CANTIDAD	MONTO UNITARIO	MONTO TOTAL
CMC - CLINICA Y SERVICIOS PROPIOS			
HABITACION PRIVADA "A"			5.520,00
ESTERILIZACION DE MATERIAL PROTESICO			15.750,00
QUIROFANO			11.620,00
SALA DE ESTABILIZACION POST-OPERATORIA			22.000,00
USO ELECTRO COAGULADOR			12.750,00
INSTRUMENTISTA QUIRURGICA			59.920,00
MTTO.EQUIP. E INFRAESTRUCTURA HOSPITALIZACIÓN			23.760,00
MTTO. EQUIP. E INFRAESTRUCTURA QUIRÓFANO			33.750,00
KIT ASISTENCIAL HOSPITALIZACIÓN	2,00	6.750,00	13.500,00
GASES Y SUMINISTRO DE ANESTESIA			83.270,00
CIRCULANTE DE ANESTESIA			57.770,00
CIRCULANTE DE CIRUGIA			78.750,00
NUTRICION DIETA			348.000,00
ASISTENTE HOSPITALARIO		37.440,00	74.880,00
ASISTENTE ENFERMERIA ESPECIALIZADA		26.250,00	52.500,00
USO EQUIPO TERMICO (AGUA)			26.250,00
USO DE EQUIPO POSICIONADOR			10.320,00
UNIDAD DE SANGRE TOTAL FRESCA (CONCENTRADO GLOBULAR + F			450.000,00
ANATOMIA PATOLOGIA			120.000,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO			12.000.000,00
MEDICINAS			5.100.000,00
BANCO DE SANGRE		150.000,00	150.000,00
SUBTOTAL CMC - CLINICA Y SERVICIOS PROPIOS			18.750.310,00
HONORARIOS POR CUENTA DE TERCEROS			
Anestesiologo DE LA INTERVENCION			1.600.000,00
CIRUJANO PRINCIPAL DE LA INTERVENCION			4.000.000,00
Patologo DE LA INTERVENCION			180.000,00
1er Ayudante DE LA INTERVENCION			1.600.000,00
2do Ayudante DE LA INTERVENCION			1.200.000,00
SUBTOTAL HONORARIOS POR CUENTA DE TERCEROS			8.580.000,00
TOTAL DEPÓSITO Bs.			27.330.310,00

- Este presupuesto es estimado y podrá sufrir variaciones de acuerdo a la permanencia y/o evolución del paciente y en el mismo no esta incluido contingencias, ni servicios especiales. El material médico quirúrgico y medicinas serán facturados de acuerdo al consumo.
- Si tiene póliza de seguros debe depositar la diferencia entre la cobertura aprobada y el presente presupuesto.
- Este presupuesto es válido por 7 días continuos. Debe presentar los exámenes pre-operatorios al momento de su ingreso.
- Pago con Tarjeta de Crédito, Cheque Conformable o de Gerencia a nombre de C. A. CENTRO MÉDICO DE CARACAS.

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 9.406.091

APELLIDOS ZAMBRANO

NOMBRES JOSE FELIX

[Handwritten signature]

FIRMA TITULAR



05-03-68 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

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

VENEZOLANO

[Handwritten signature]

MM755
Juan Dugarte
Director



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 20.545.712 **MM756**

APELLIDOS **ZAMBRANO MADROÑERO**

NOMBRES **GENESIS ESTEFANIA**

Anabel Jimenez
Director

PRIMA TITULAR

18-06-93 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

17-11-15 11-2025
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

