



Guanare, 16 de noviembre de 2017

PORTUGUESA

T.A.P.  
#  
8234.

Con atentos saludos revolucionarios, Socialistas y Chavistas, me dirijo a usted con mucho respeto en la oportunidad de solicitar de sus buenos oficios en el sentido de ayudarme para una intervención quirúrgica la cual necesito de manera urgente porque de ella depende mi vida y la cual según Presupuesto que anexo asciende a **12.255.743.95** Bolívares.

Sin otro particular a que hacer referencia y en espera de una pronta y positiva respuesta, agradeciendo de antemano su colaboración, quedo de usted.

Atentamente,

REINA COROMOTO CHAVEZ  
C.I. 4.197.986  
TELF. 0257-251.37.24

Urb  
La Comunidad  
0414-522  
0412 511 1974

**PRESUPUESTO** 00000547

Fecha de Elaboracion: 15/11/2017

Nombre o Razon Social: REINA COROMOTO CHAVEZ

RIF: V4197986

NIT:

Domicilio Fiscal: ACARIGUA EDO. PORTUGUESA

Paciente: REINA COROMOTO CHAVEZ

Titular: REINA COROMOTO CHAVEZ Cedula:

Medico Tratante: PEDRO MANUEL ZARAZA ESCALONA

Tiempo Quirurgico Aproximado:

Diagnóstico: VER INFORME MEDICO

Dias de Hospitalizacion: 1

Procedimiento por:

Observaciones:

| RUBRO/Articulo                                 | Precio Unit. | Unidad    | Cant. | Total Articulo      |
|--|--------------|-----------|-------|---------------------|
| MEDICINAS EN GENERAL                           |              | UNIDAD    | 1     | 4.300.000,00        |
| MATERIAL MEDICO QUIRURGICO GENERAL             |              | UNIDAD    | 1     | 3.700.000,00        |
| RESUMEN DE IMAGENOLOGIA                        |              |           | 1     | 250.000,00          |
| SERVICIO DE HOSPITALIZACION (DIA)              |              |           | 3     | 91.768,95           |
| HISTORIA CLINICA                               |              |           | 1     | 11.550,00           |
| DIETA Y NUTRICION                              |              |           | 3     | 510.000,00          |
| GASTOS ADMINISTRATIVOS                         |              |           | 1     | 25.200,00           |
| SERVICIO DE ENFERMERA EN HOSPITALIZACION       |              |           | 3     | 85.050,00           |
| RESUMEN DE PARACLINICOS                        |              | SERVICIO  | 1     | 550.000,00          |
| BIOPSIAS Y ANEXOS                              |              |           | 1     | 15.000,00           |
| EQUIPO DE MANTA TERMICA                        |              |           | 1     | 14.175,00           |
| GASES Y SUMINISTROS DE ANESTESIA P/HORA        |              |           | 1     | 35.000,00           |
| SERVICIO DE LAVANDERIA Y CAMARERA EN QUIROFANO |              |           | 1     | 42.000,00           |
| <b>Sub Total:SERVICIOS COBRABLES</b>           |              |           |       | <b>9.629.743,95</b> |
| HONORARIOS MEDICO ANESTESIOLOGOS               | 480.000,00   | HONORARIO | 1     | 480.000,00          |
| HONORARIOS MEDICO CIRUJANO                     | 1.200.000,00 | HONORARIO | 1     | 1.200.000,00        |
| HONORARIOS MEDICO PATOLOGO                     | 380.000,00   | HONORARIO | 1     | 380.000,00          |
| HONORARIOS MEDICO PRIMER AYUDANTE              | 480.000,00   | HONORARIO | 1     | 480.000,00          |
| CIRCULANTE EN QUIROFANO                        | 50.000,00    | SERVICIO  | 1     | 50.000,00           |
| INSTRUMENTISTA EN QUIROFANO                    | 36.000,00    | HONORARIO | 1     | 36.000,00           |
| <b>Sub Total:HONORARIOS MÉDICOS</b>            |              |           |       | <b>2.626.000,00</b> |

## NOTAS: (IMPORTANTES)

- Este Presupuesto es valido desde su fecha emision 15/11/2017 Los costos arriba presentados pueden variar sin previo aviso.  
Si este Presupuesto expira, Ud. Debe solicitar uno nuevo.
- Todo paciente para ingresar debera:
  - Si viene amparado por una poliza de seguros, debe traer la carta aval y la diferencia con el Presupuesto depositarla en transferencia, debito, credito o con cheque de gerencia a nombre de **CENTRO CLINICO LOS CEDROS C.A.**
  - Si no tiene carta aval depositara 80% del Presupuesto en efectivo transferencia, debito, credito o cheque de gerencia **CENTRO CLINICO LOS CEDROS C.A.**
- El monto aquí presentado es un estimado. Su facturacion final dependera de los cargos reales producto del servicio prestado.

## NUMEROS DE CUENTA

BOB 0116-0461-79-0014599392 BANCO EXTERIOR 0115-0037-41-1000118666 BANESCO 013-4035-20-93521024583  
VENEZOLANO DE CREDITO 0104-0146-17-0146013201 BANCO DEL TESORO 0163-0239-29-2393001177

LOS PUNTOS 1 Y 2 SON REQUISITOS INDISPENSABLES PARA REALIZAR LA ADMISION.

Elaborado por: DIABONI

Recibi conforme:

C.I.: V4197986

**TOTAL GENERAL:** 12.255.743,95 Bs.  
12.255,74 Bs.F.