

EXPOSICION DE MOTIVO

Para: Rafael Calles. Gobernador del Estado Portuguesa

República Bolivariana de Venezuela

Su despacho:

Reciba un cordial saludo Revolucionario, en esta oportunidad me dirijo a Usted para solicitar de su ayuda en salud para mi madre ya que debe realizarse una cirugía con diagnóstico de catarata y amerita el implante de lente intraocular para lograr la visión por el avanzado estado de ceguera que padece debido a que es diagnosticada con diabetes y cuyo costo para el lente intraocular es de 1.750 bolívares fuertes y 1.200 bolívares fuertes para cubrir la diferencia del monto de la operación. En tal sentido agradezco de su ayuda para el pago del lente intraocular y los gastos de la operación ya que mis escasos recursos me lo impiden y mi madre tampoco cuenta con los suficientes recursos para cubrir ese pago debido a su fuerte control con su enfermedad por la diabetes. Sin otro motivo que mencionar pido su ayuda para mi madre Dios mediante pueda hacerlo.

Mil gracias compatriota de antemano y muchas bendiciones

En espera de su ayuda generosa me despido de Usted humildemente

~~Manifiesto por Lineros~~

Lineros de Montilla Lina
C. F. 9.835.103.

Telefono: 0416-8499935
0416-9552018



Ministerio
del Poder Popular
para la Educación

Oficina de
Gestión Humana

24 ☒ / 10 ☒ / 2017

CARTA AVAL
(Ayuda Medica Programada)

UNIDAD OFTALMOLOGICA DIAZ CABRERAS C.A.

Rif. J-30979780-8

Estado: Lara ☒

Reciban un cordial saludo Solidario, Revolucionario, Bolivariano, Antimperialista y profundamente Chavista, por medio de la presente requerimos sea prestado el servicio de atención de salud que se detalla a continuación:

*Titular:	YEPEZ LINARES MARIA DE LOS ANGELES	Edad:	33	C.I.:	V- <input checked="" type="checkbox"/> 17.003.624
Beneficiario:	LINAREZ DE MONTILLA LINA	Edad:	57	C.I.:	V- <input checked="" type="checkbox"/> 9.835.103
Parentesco:	Madre <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo de Personal:	Docente <input checked="" type="checkbox"/>	Status:	Activo <input checked="" type="checkbox"/>
				Ente u organismo:	MPPE <input checked="" type="checkbox"/>

quien presenta diagnostico/procedimiento médico:

Patología: CATARATA DE OJO IZQUIERDO

Procedimiento: EXTRACION DE CATARATA DE OJO IZQUIERDO

Esto conforme a los establecido en la Cláusula 44.1 contenida en la Primera Convención Colectiva Única y Unitaria de las Trabajadoras y Trabajadores del Ministerio del Poder Popular para la Educación donde se especifican los términos y condiciones que se estipulan para la atención médica del personal docente, administrativo, obrero, contratado, jubilado, pensionado e incapacitado y sus correspondientes beneficiarios.

Mediante esta carta el titular autoriza a El Ministerio del Poder Popular Para la Educación, a obtener de la clínica y/o médico tratante los datos contenidos en la historia clínica del paciente.

Con la emisión de ésta carta de compromiso asumimos los gastos por concepto de la atención médica del paciente antes identificado, por un monto de:

TRES MILLONES DE BOLIVARES CON CERO CTMS
(Bs. 3.000.000.00)

Esta carta caducará a los treinta (30) días continuos de su fecha de emisión y dicho pago se realizará en treinta (30) días hábiles, luego de recibida la factura correspondiente al servicio prestado.

Sin más a que hacer referencia.

Atte.

Hector Lacruz

Coordinador de Ayudas Medicas Programadas

KEIZZER BERMUDEZ *Keizzer Bermudez*
Analista de División de Seguros
Ministerio del Poder Popular para la Educación.

Básica:	Bs. 150.000.00
Extensión:	Bs. 100.000.00
Excepcional:	Bs. 2.750.000.00
Total Aprobado:	Bs. 3.000.000.00

Aprobado por: ADRIANA TARIBA

Jefa de la División del Sistema Integral de
Salud y Servicios Funerarios SISME.

UNIDAD OFTALMOLÓGICA DÍAZ CABRERA, C.A.

R.I.F.: J-30979780-8

TLF MÁSTER: 0251.254.89.54

FAX: 0251.254.89.54

DIRECCIÓN: Av. Los Comuneros, Urb. El Parque Centro Ejecutivo Los Leones - Piso 5. PH 51 Barquisimeto - Edo. Lara

PRESUPUESTO

SRES : MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACION

PRESUPUESTO N°: 010012017001998

CÉDULA: 9835103

HISTORIA : 000024637

FECHA DE EMISIÓN: 16/10/2017

PACIENTE: LINARES DE MONTILLA LINA

FECHA DE IMPRESIÓN: 16/10/2017

PROCEDIMIENTO: EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CATARATA CON FACOEMULSIFICACION MAS
IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR(NO INCLUYE LIO)

OJO: OI

MÉDICO TRATANTE : OSCAR DIAZ

Tipo de Cirugía: AMBULATORIA

DESCRIPCIÓN	CANT.	P. UNIT.	EXON.	TOTAL
1- GASTOS CLINICA				
CIRCULANTE	1.00	8.000,00	0,00	8.000,00
ELECTROCAUTERIO	1.00	20.900,00	0,00	20.900,00
GASES ANESTESICOS	1.00	46.100,00	0,00	46.100,00
INSTRUMENTAL QUIRURGICO	1.00	200.000,00	0,00	200.000,00
INSTRUMENTISTA	1.00	17.000,00	0,00	17.000,00
MATERIAL DESCARTABLE DE PABELLON	1.00	62.944,93	0,00	62.944,93
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO Y MEDICINAS PABELLON	1.00	947.198,00	0,00	947.198,00
SERVICIO INTEGRAL DE QUIROFANO POR 2 HORAS	1.00	5.472,00	0,00	5.472,00

TOTAL 1- GASTOS CLINICA: 1.307.614,93**2- OTROS**

FACOEMULSIFICADOR	1.00	490.000,00	0,00	490.000,00
MICROSCOPIO	1.00	300.000,00	0,00	300.000,00

TOTAL 2- OTROS: 790.000,00**3- HONORARIOS PROFESIONALES (VENTAS POR CUENTAS A TERCEROS)**

1ER AYUDANTE	1.00	473.200,00	0,00	473.200,00
ANESTESIOLOGO	1.00	354.900,00	0,00	354.900,00
CIRUJANO	1.00	1.183.000,00	0,00	1.183.000,00

TOTAL 3- HONORARIOS PROFESIONALES (VENTAS POR CUENTAS A TERCEROS): 2.011.100,00

(*) Exonerado

SUB TOTAL PRESUPUESTO Bs. 4.108.714,93**MONTO I.V.A. (0,00 %) Bs. 0,00****TOTAL GENERAL Bs. 4.108.714,93****NOTAS: (IMPORTANTES)****ESTIMADO PACIENTE:**

1.- Es importante para su admisión:

a.- En caso de ser cirugía electiva, traer todos los requisitos necesarios, a más tardar cuatro (4) días hábiles para programar su intervención.

b.- Si posee Póliza de Seguros, deberá tramitar y traer la carta aval que establezca el monto a ser cubierto por la empresa de seguros. La diferencia entre la cobertura y el monto del presupuesto podrá cancelarla en tarjeta de débito o transferencia.

c.- Si no posee Póliza de Seguros, podrá realizar el pago en tarjeta de débito o transferencia, 3 días HÁBILES antes de la intervención

2.- ESTE PRESUPUESTO ESTA SUJETO A CAMBIO SIN PREVIO AVISO A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION. VALIDO POR 15 DIAS

UNIDAD OFTALMOLÓGICA
DÍAZ CABRERA, C.A.
R.I.F.: J-30979780-8**ANALISTA:**



TICKET DE ATENCIÓN AL PORTUGUESEÑO

TICKET NRO.

0000006938

FECHA EMISIÓN

08/11/2017

DATOS DEL SOLICITANTE				
CI/RIF Nro.	NOMBRE DEL SOLICITANTE	SEXO	TELEFONO	EMAIL
V-9835103	LINA LINARES	F	(0416)-8499935	
PERSONA DE CONTACTO		LOCALIDAD (MUNICIPIO - PARROQUIA - COMUNIDAD)		
		GUANARE - GUANARE - NO DEFINIDO		
DIRECCIÓN HAB.: GUANARE				

TICKET NRO.

0000006938

FECHA EMISIÓN

08/11/2017

TICKET DE ATENCIÓN AL PORTUGUESEÑO

DATOS DEL SOLICITANTE				
CI/RIF Nro.	NOMBRE DEL SOLICITANTE	SEXO	TELEFONO	EMAIL
V-9835103	LINA LINARES	F	(0416)-8499935	
PERSONA DE CONTACTO		LOCALIDAD (MUNICIPIO - PARROQUIA - COMUNIDAD)		
		GUANARE - GUANARE - NO DEFINIDO		
DIRECCIÓN HAB.: GUANARE				
DETALLES DE LA SOLICITUD O TRÁMITE				
SOLICITA LA AYUDA ECONOMICA PAR ACUBRIR LOS GASTOS DE LA OPERACION QUE AMERITA YA QUE PRESENTA CATARATA Y AMERITA UN IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR EL CUAL LE SALE MUY COSTOSA 4.108.714,93BS				
Monto asociado a la Solicitud: 0.00			Monto Autorizado: 0.00	
TIPO TRÁMITE			CATEGORIA	
AYUDAS ECONOMICAS			AYUDAS EXTRAORDINARIAS	
UNIDAD A LA CUAL SE LE ASIGNO INICIALMENTE EL TRÁMITE			RESPONSABLE DE LA UNIDAD	
Secretaria de Despacho			Fanny Lopez	
UNIDAD ACTUALMENTE RESPONSABLE DE ATENDER EL TRÁMITE			ASIGNACIÓN	ESTADO ACTUAL DEL TRAMITE
Secretaria de Despacho			08/11/2017	ASG - ASIGNADO
CITA	FECHA	HORA		

Generado el 08 de November del 2017.

-- Página 1/1 --

telefono: 0416-8499935
0416-9552018