

**Jhorgelys Valentina  
Torrealba Colmenares**



GOBERNACIÓN DEL ESTADO PORTUGUESA (EJERCICIO FISCAL 2017)  
DIRECCIÓN DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

COMPROBANTE DE RETENCIÓN

Agente de Retención:

GOBERNACION DEL ESTADO PORTUGUESA (EJERCICIO FISCAL

Nombre o Razón Social:

FUNDACION HOSPITAL ORTOFEDICO INFANTIL

R.I.F. 000168870-6

N.I.T.

Solicitud:

2017000000004109

Concepto:

DONACION QUE CONCEDE EL EJECUTIVO REGIONAL A LA CIUDADANA YANETSY  
COROMOTO COLMENARES, C.I. NO. 19.981937, PARA SUFRAGAR GASTOS DE  
INTERVENCION QUIRURGICA DE SU HIJA JHOGELYS VALENTINA TORREALBA C.  
DE 05 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO: HIPOP  
POST AXIAL EN COND POST QUIRURG SUPER HIP CADERA DERECHA ANEXO  
SOP.SEP-0289-17

Fecha de Pago	Cantidad Objeto de Retención	% Aplicado	Total Ingreso Retenido
10/08/2017	2,568,715.00	3.00	77,061.45

FIRMA Y SELLO DEL AGENTE  
DE RETENCIÓN

FIRMA Y SELLO DEL SUJETO  
RETENIDO

TAC 6597.

\* Ayudas Económicas  
des Pacho

Chabosquén 30-10-2017

Caudelano = Rafael Collas Gobernador Municipio Quonare  
Su Despacho.

Reciba un cordial Saludo. La siguiente es para Solicitarle a  
valiosa colaboración en cuanto a una ayuda monetaria por  
supragar gastos para la operación de mi hija J Horgelys. Toi.  
de 5 año de edad. La cual sera operado en la Ciudad  
de Caracas en el Hospital ortopedico infantil, y no  
con los recursos necesarios para supragar dichos gastos.

Sin mas que hacer referencia me despido de usted esperando  
su valiosa colaboración.

ATT

Yanetsy Colman CJ: 17.981.937  
(Madre de la niña)

Tlf: 0426. 956 8890

0414-9521291





REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEDULA DE IDENTIDAD 021  
V 19.981.937

APELLIDOS COLMENARES CASTILLO  
NOMBRES YANETSY GROMOTO

07/09/1997 SOLTERA

27/08/2015 - 08/2025  
EXPIRACION RENOVACION

VENEZOLANO

Dante Rivas  
Director





FUNDACIÓN  
HOSPITAL ORTOPÉDICO INFANTIL

## INFORME MÉDICO

**PACIENTE:**  
**HISTORIA N°:**  
**CLINICA:**  
**MEDICO TRATANTE:**  
**FECHA:**

JHORGELYS TORREALBA COLMENARES  
27-04-24  
MIEMBROS INFERIORES  
DR. RICARDO SULBARAN  
26 DE OCTUBRE DE 2017

Se trata de paciente femenino de 05 años de edad, quien es conocido en este centro con diagnóstico Hipoplasia Post Axial en condición post quirúrgica: SUPER HIP CÁDERA DERECHA ALIENACION Y CURA DE PSEUDOARTROSIS FEMUR DERECHO OSTEOTOMIA PELVICA DE DEGA, INMOVILIZACION CON SPIKA, actualmente sin mejoría de su condición clínica, motivo por el cual se indica resolución quirúrgica:

### 1- DESARTICULACION DE RODILLA DERECHA.

Dr. Ricardo Sulbarán  
C.I: 9.070.113  
SAS: 31.494

Dr. Ricardo Sulbarán  
Clínica Ortopedia y  
Traumatología  
C.I. 9.070.113  
SAS: 31.494



CLINICA DE MIEMBROS  
INFERIORES



# FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

## PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 62263

SISTEMAS/ PACS Y MATERIALES	UND	25.000,00	1,00	25.000,00
Total SERVICIO DE RADIOLOGIA				156.650,00
SERVICIO SALA DE YESO	UND	100.000,00	1,00	100.000,00
SALA DE YESO				100.000,00
Total SERVICIO SALA DE YESO				
HONORARIOS PROFESIONALES	UND	450.000,00	1,00	450.000,00
CIRUJANO PRINCIPAL	UND	180.000,00	1,00	180.000,00
CIRUJANO PRIMER AYUDANTE	UND	180.000,00	1,00	180.000,00
ANESTESIOLOGO	UND	135.000,00	1,00	135.000,00
CIRUJANO SEGUNDO AYUDANTE	UND	40.000,00	1,00	40.000,00
EVALUACION PREOPERATORIA +PRIMER DIA DE HOSPIT.	UND	20.000,00	1,00	20.000,00
DIA SUCESIVO DE HOSPITALIZACION	UND	18.200,00	1,00	18.200,00
EVALUACION PRE- ANESTESIA	UND	12.000,00	1,00	12.000,00
HONORARIOS ATENCION MEDICO (SAP)	UND	7.500,00	2,00	15.000,00
HONORARIOS ATENCION ENFERMERIA (SAP)	UND	1.500,00	1,00	1.500,00
INSTRUMENTAL ESPECIAL				1.051.700,00
Total HONORARIOS PROFESIONALES				

Total Hospital	9.393.336,00
Total Honorarios	1.051.700,00
Total General Presupuesto Bs.....	10.445.036,00

### NOTAS:

- 1.- Vigencia: (07) días, contados a partir de la fecha, dentro de los cuales deberá cancelar y llevarse a cabo la intervención.
- 2.- Los precios establecidos en el presente presupuesto son estimaciones que pueden modificarse por 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 deben ser revisados y actualizados previo a la intervención quirúrgica.
- 3.- 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.
- 4.- En caso de existir un reintegro asociado al presupuesto, se emitirá cheque no endosable a nombre del responsable de pago, paciente, institución que aporte ayuda, empresa, seguro.
- 5.- Los requisitos, procedimientos y formas de pago están detallados en el presente presupuesto, los cuales son indispensables para las admisiones. Debe traer el presupuesto.
- 6.- Proceso de ingreso:
  - a. Al venir amparado por Póliza de Seguro, debe traer CARTA AVAL ORIGINAL VIGENTE Y COPIA con sello húmedo. El HOSPITAL se reserva el derecho de aceptación de CARTAS AVALES.
  - b. Los pagos con cheques y/o transferencias de la totalidad del presupuesto estimado, deberá realizarlo (5) días antes de la fecha de ingreso.
  - c. En caso de pagar con cheque, favor emitirlo no endosable a nombre de FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL.
  - d. NO RECOMENDAMOS traer sumas de dinero en EFECTIVO para realizar el depósito, ya que es un RIESGO para quien lo realice.

Elaborado Por:	Recibí Conforme:
NAIROBIS LUGO	
C.I.: V-20362350/83	C.I.:

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

Impreso: 26 de Octubre de 2017  
Hora: 07:51 AM  
Usuario: NLUGO  
Departamento: ADMINISTRACIÓN



## FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

RIF J001688706

## PRESUPUESTO ESTIMADO NO.: 62263

Paciente: JHORGELYS VALENTINA TORREALBA COLMENARES  
Edad: 5 años  
Nro. Historia: FHOI-270424  
Responsable de Pago: JHORGELYS VALENTINA TORREALBA COLMENARES

C.I./ Pasaporte: V-19981937#1  
Tipo de Paciente: F  
Teléfono: 0426-9568890  
Rif: V-19981937#1  
Fecha Elaboración: 26-10-2017

Tipo de Atención: Cirugía con Hospitalización  
Médico Tratante: RICARDO ANTONIO SULBARAN SULBARAN  
Diagnóstico: SINDROME HIPOPLASIA POSTAXIAL  
Especialidad: ORTOPEDISTA  
Procedimiento (s): M.I.C.02 AMPUTACION SYME:

Días Cama Hospitalización: 2

Descripción	UN.	Precio/Un	Cant.	Total
<b>SERVBCOSAN</b>				
TRANSFUSION ADMINISTRADA	UND	354.000,00	2,00	708.000,00
PERFIL DE BANCO DE SANGRE	UND	149.700,00	1,00	149.700,00
Total SERVBCOSAN				857.700,00
<b>SERVICIO DE QUIROFANO</b>				
SERVICIO DE ATENCION EN QUIROFANO	UND	61.320,00	1,00	61.320,00
SERVICIO DE ESTABILIZACION POST- OPERATORIA	UND	37.700,00	1,00	37.700,00
INSTRUMENTISTA POR HORA	UND	28.600,00	3,00	85.800,00
MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA EN QUIROFANO	UND	27.720,00	1,00	27.720,00
ESTERILIZACION DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	22.200,00	1,00	22.200,00
SALA DE RECUPERACION EN QUIROFANO	UND	22.176,00	1,00	22.176,00
COMSUMIBLES- EQUIPO DE ANESTESIA	UND	20.720,00	1,00	20.720,00
CIRCULANTE DE ANESTESIA POR HORA	UND	18.760,00	3,00	56.280,00
CIRCULANTE DE CIRUGIA POR HORA	UND	18.760,00	3,00	56.280,00
SERVICIO DE QUIROFANO POR HORA	UND	11.590,00	3,00	34.770,00
MANEJO DE DESECHOS BIOLOGICOS	UND	5.180,00	1,00	5.180,00
Total SERVICIO DE QUIROFANO				430.146,00
<b>SERVICIO DE HOSPITALIZACION</b>				
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETA POR DIA PAC. HOSPITALIZADO	UND	100.000,00	2,00	200.000,00
MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA EN HOSPITALIZACION	UND	27.720,00	1,00	27.720,00
ASISTENTE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN HOSPITALIZACION POR DIA	UND	18.500,00	2,00	37.000,00
SOPORTE ENTERO- PARENTERAL POR DIA	UND	18.480,00	2,00	36.960,00
ASISTENTE HOSPITALARIO	UND	13.860,00	1,00	13.860,00
SERVICIO INTEGRAL DE HOSPITALIZACION FUNDACIONAL	UND	11.600,00	2,00	23.200,00
SERVICIO DE MEDICO RESIDENTE	UND	10.100,00	1,00	10.100,00
Total SERVICIO DE HOSPITALIZACION				348.840,00
<b>MATERIAL MEDICO QUIRURGICO</b>				
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	UND	4.000.000,00	1,00	4.000.000,00
Total MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				4.000.000,00
<b>FARMACOS</b>				
MEDICAMENTOS	UND	3.400.000,00	1,00	3.400.000,00
Total FARMACOS				3.400.000,00
<b>SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS</b>				
EXAMENES DE LABORATORIO	UND	100.000,00	1,00	100.000,00
Total SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS				100.000,00
<b>SERVICIO DE RADIOLOGIA</b>				
FLUOROSCOPIA Y/ O INTENSIFICADOR DE IMAGEN Y PLACAS EN PABELLON	UND	81.650,00	1,00	81.650,00
ESTUDIOS DE RADIOLOGIA	UND	50.000,00	1,00	50.000,00



# FUNDACION HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL

AVENIDA ANDRES BELLO - CARACAS 1050 - VENEZUELA - APARTADO 5.889  
TELEFONOS: (0212) 573.65.55 - 573.69.11 - 573.67.66 - 573.63.44 - 573.61.65 - 573.74.10 - 573.75.87 - 573.62.10

PRESUPUESTO NO.: 62311

Paciente: JHORGELYS VALENTINA TORREALBA COLMENARES  
Edad: 5 años  
Nro. Historia: FHOI-270424  
Responsable de Pago: JHORGELYS VALENTINA TORREALBA COLMENARES  
Médico Tratante:  
Diagnóstico:

C.I./ Pasaporte: V-19981937#1  
Tipo de Paciente: F  
Teléfono: 0426-9568890  
Fecha Elaboración: 26-10-2017

Cod. Artículo	Descripción	UN.	Precio/ Un	Cant.	Total
A.119.04	PROTESIS POR ENCIMA DE RODILLA, CON RODILLA DE MADERA Y PIE SACH PARA NINO	PIEZA	6.650.000,00	1,00	6.650.000,00

Total General Presupuesto Bs..... 6.650.000,00

Observaciones:

## NOTAS:

- 1.- El presente documento pierde validez al día siguiente de su vencimiento. Si requiere renovación se le emitirá nuevamente con las modificaciones a que hubiera lugar.
- 2.- Validez: 8 Días.
- 3.- Favor emitir cheque a nombre de: Fundación Hospital Ortopédico Infantil.
- 4.- El beneficiario derivado de la elaboración de este producto nos permite generar recursos económicos para la atención de pacientes de bajos ingresos, lo cual es nuestra Misión

Firma autorizada:

Thais Hernandez

Gerente Taller de Ortopedia



AV. ANDRES BELLO, SECTOR GUAICAIPURO  
Email: fhoi@fhoi.org.ve  
Central Telefónica: (0212) 5094411 - Central de Citas: (0212) 5094440 / 5094534  
CARACAS - Edo. DISTRITO CAPITAL

Impreso: 26 de Octubre de 2017  
Hora: 10:27 AM  
Usuario: mhernandez  
Departamento: TALLER DE ORTOPEDIA