

Centro Médico Los Proceres (CEMEDPROCA), C.A

R.I.F.: J-29649033-3

CALLE 4 CON VEREDA 16 URB.
JOSE ANTONIO ANTONIO PAEZ
SECTOR LOS PROCERES - GUANARE
EDO PORTUGUESA
TELF: 0257 - 2518147 - 2518798

Emisión	Página:
01/11/2017	002

Presupuesto: 01315239

Medico: MONTIEL ALEXANDER.

Diagnóstico para la Admisión:

VER INFORME MEDICO

Tratamiento:

Días Hospitalización: 1

Cliente: TEUDY JIMENEZ

Rif.: 16.027.352

Titular: TEUDY JIMENEZ

C.I.: 16.027.352

Paciente: TEUDY JIMENEZ

C.I.: 16.027.352

Descripción del concepto

Cant.	Total Neto Bs.	Total Linea
-------	----------------	-------------

Son: DIECIOCHO MILLONES CIENTO SETENTA Y SIETE MIL CIENTO CON 00/100

1.- Este presupuesto es un estimado y será ajustado según la evolución del paciente.

2.- Los precios están sujetos a modificaciones sin previo aviso.

3.- Todo paciente para ingresar a esta institución deberá:

a.- Si viene acompañado por una póliza de seguro, traer la carta aval y cancelar en caja la diferencia aval - presupuesto

b.- De lo contrario, deberá depositar en caja el 100% del monto del presupuesto en efectivo o en cheque de Gerencia a Nombre de:

CENTRO MEDICO LOS PROCERES (CEMEDPROCA) C.A

4.- Los Honorarios Médicos, Laboratorio, Rayos X, Tomografías y Otros servicios Especiales son fijados por los especialistas

5.- Presupuesto Sujeto a cambio sin previo aviso.

Centro Médico LOS PROCERES, C.A.
R.I.F. J-29649033-3

Adriana Morales
FIRMA AUTORIZADA

IMPONIBLE:	0,00	DESCUENTO:	TOTAL I.V.A.:	TOTAL GENERAL Bs.:
EXENTO:	18.177.100,00	0,00	0,00	18.177.100,00
Emitido por: FARMACIA				



Dr. Alexander Javier Montiel Look

Ortopedia y Traumatología Infantil y del Adulto, Patología de la Columna Vertebral-Lesiones y Trauma Deportivo,
Fellowship en cadera Hospital Italiano de Buenos Aires - Reemplazo articular de rodilla- cadera y osteoporosis.

N.P.A.S 53923 C.M.P.2177

Informe Medico

Suscribe que el paciente Fredy J. Hurtado
de 35 años de edad C.I. 1609552 ha sido valorado y se concluye lo
Siguiente:

➤ Diagnostico:

osteoartritis crónica
de cadera derecha

➤ Se indica el siguiente tratamiento:

analgesia sintomática
quirúrgica y fisioterapia
extensiva

➤ Observaciones:

evolución de la patología
quirúrgica

Informe realizado en la ciudad de Guanare a los 01 días del mes de enero
Del año 2017

Dr. Alexander J. Montiel L.



Excmo. Sr. D. Carlos I. B. 30/10/2017

Ciudadano
Rafael Calles
Gobernador del Estado Português
En despacho:



Señor en orden de salud, doloroso, ordenando
y profundamente ahogada - modesta; muy repetitiva -
mientras me despo a ud en la oportunidad de recibir
a sus buenos ojos, en el sentido de tomar en
consideración la inclusión de mi hijo Teudy Jhissak
Jimenez (Cui C116.097352, ya que a raíz de un
accidente automovilístico sucedido el día 12/08/2015, en
el cual sufrió fractura múltiples fragmentarias (Femur y Rotula,
acarreado una serie de lesiones (cuerpos) en su totalidad
las cuales aun no han logrado reducir las fracturas, fractu-
rando Osteomielitis crónica de Femur derecho, ya que a
la fecha el continua en su pierna fracturada e inmovil.
Es de resaltar que esta situación ha afectado la eco-
nomía familiar ya que se encuentra incapacitado para
poder trabajar, siendo el único soporte de su núcleo
familiar (esposo e hijos) los cuales han recaído en
mi madre Carmen Olvera (Cui Samir C16562268, por
lo que recurrimos a sus buenos ojos en el sentido de
tomar en consideración el delicado caso de mi hijo,
quien lleva dos (02) años sufriendo en esta situación
Agradeciendo de antemano su receptividad, en espera
de una respuesta favorable, me despido de usted.
Carmen Olvera Cui S TLF: 0424 546 8455
6562268 0426 758 0480
0257 416 1340



Paciente



Acompañante

certificado solo será valido si la vacuna o el tratamiento profiláctico administrado han sido aprobados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the world organization of health (WHO).

valable que si la vacine ou l'agent prophylactique utilisé a été approuvé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

certificado deberá ir firmado de su puño y letra por el clínico, que habrá de ser el médico o el agente de salud que haya supervisado la administración de la vacuna o el tratamiento profiláctico.

it must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker.

le doit être signé de la main du clinicien - médecin ou autre agent de Santé agréé - qui supervisera l'administration de la vaccine ou l'agent prophylactique.

ideas, tachaduras o borraduras y la omisión de cualquiera de los datos requeridos, podrán acarrear la nulidad del certificado.

any erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

non ou rature sur le certificat ou omission d'une quelconque des informations demandées peut entraîner sa nullité.

si presente certificado se extenderá hasta la fecha indicada para la vacunación o el tratamiento profiláctico de que se trate.

if of this certificate shall extend until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis.

est valable jusqu'à la date indiquée pour la vacine ou l'agent prophylactique administré.

deberá ser completado íntegramente en inglés o en francés.

it shall be fully completed in English or in French.

doit être rempli intégralement en anglais ou en français.

se podrá completar, en el mismo documento, en otro idioma además de uno de los dos citados.

it may also be completed in another language on the same document in addition to one of both mentioned.

se peut aussi être établi dans une autre langue, en plus de l'anglais ou du français.



Gobierno Bolivariano de Venezuela

Ministerio del Poder Popular para la Salud



DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN O PROFILAXIS
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU PROPHYLAXIE

EXPEDIDO A) Otegui Sarmiento
ISSUED TO) Carmen Elvira
DELIVRE A) _____

Otegui Sarmiento

Certificate (que nombre)
This is to certify that (name)
Nous certifions que (nom)

Nacido(a) 31/05/63 Sexo F
Date of birth (e) le Sexe

Nacionalidad Nacionalidad
Nationality Nationalité

Documento nacional de identificación, si procede
National identification document, if applicable
Document d'identification national, le cas échéant

8.562.268

Cuya firma aparece a continuación
Whose signature follows
Dont la signature suit

Carmen E. Otegui

en la fecha indicada ha sido vacunado(a) o ha recibido tratamiento profiláctico contra:
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:

(nombre de la enfermedad o dolencia)
(name of disease or condition)
(nom de la maladie ou de l'affection)
Fiebre Amarilla
Sarampión Rubéola Parotiditis

de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
conformément au Règlement sanitaire international

Vacunas o Produtos Vaccins or Produits	Fecha Date	Firma y sello profesional del vacunador Signature and professional stamp Signature et sce du médecin/vaccinateur	Fabricante y número de lote de la vacuna o del producto Manufacturer and batch no. of vaccine or product Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Valor del certificado Certificat valide à valable en tant que Certificat valide à	Sello oficial del centro administrador Official stamp of the administering centre Sceau officiel du centre vaccineur
Vacuna o produtos Vaccins or Produits	11/06/04	[Signature]	lot: 01613004	104/09/17	1
Vacuna o produtos Vaccins or Produits	11/06/04	[Signature]	lot: 01613004	104/09/17	2



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular
para la Salud



DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN O PROFILAXIS
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU PROPHYLAXIE

EXPEDIDO A

ISSUED TO

DELIVRE A

Otegui Sarmiento
Carmen Elvira

EXPEDICIÓN GRATUITA
PROHIBIDA SU VENTA

El presente certificado deberá ir firmado de su puño y letra por el clínico, que habrá de ser el médico o el agente de salud autorizado. Este certificado debe ser firmado en la mano del clínico, quien debe ser un médico practicante o un agente autorizado de la administración de la vacuna o el tratamiento profiláctico. Ce certificat doit être signé de la main du clinicien - médecin ou autre agent de Santé agréé - et le vaccin ou de l'agent prophylactique.

El presente certificado deberá ir firmado de su puño y letra por el clínico, que habrá de ser el médico o el agente de salud autorizado. Este certificado debe ser firmado en la mano del clínico, quien debe ser un médico practicante o un agente autorizado de la administración de la vacuna o el tratamiento profiláctico. Ce certificat doit être signé de la main du clinicien - médecin ou autre agent de Santé agréé - et le vaccin ou de l'agent prophylactique.

El presente certificado deberá ir firmado de su puño y letra por el clínico, que habrá de ser el médico o el agente de salud autorizado. Este certificado debe ser firmado en la mano del clínico, quien debe ser un médico practicante o un agente autorizado de la administración de la vacuna o el tratamiento profiláctico. Ce certificat doit être signé de la main du clinicien - médecin ou autre agent de Santé agréé - et le vaccin ou de l'agent prophylactique.

Centro Médico Los Proceres (CEMEDPROCA), C.A

R.I.F.: J-29649033-3

CALLE 4 CON VEREDA 16 URB.
JOSE ANTONIO ANTONIO PAEZ
SECTOR LOS PROCERES - GUANARE
EDO PORTUGUESA
TELF:0257 - 2518147 - 2518798

Emisión

01/11/2017

Página:

001

Presupuesto: 01315239

Cliente: TEUDY JIMENEZ

Rif.: 16.027.352

Titular: TEUDY JIMENEZ

Paciente: TEUDY JIMENEZ

C.I.: 16.027.352

C.I.: 16.027.352

Medico: MONTIEL ALEXANDER.

Diagnóstico para la Admisión:

VER INFORME MEDICO

Tratamiento:

Dias Hospitalizacion: 1

Descripción del concepto	Cant.	Total Neto Bs.	Total Linea
GASTOS CLINICOS			
HABITACION	Dias 1,00	22.500,00	22.500,00
MEDICO RESIDENTE	Dias 1,00	25.000,00	25.000,00
SERVICIO DE ENFERMERIA	Dias 1,00	46.500,00	46.500,00
HISTORIA CLINICA	1,00	5.000,00	5.000,00
MEDICINAS EN HOSPITALIZACION S/C	1,00	500.000,00	500.000,00
KIT DE PACIENTE	1,00	28.000,00	28.000,00
LENCERIA	1,00	5.500,00	5.500,00
ACOMPAÑANTE EN LA HABITACION	Dias 1,00	8.500,00	8.500,00
DIETA Y COMIDA	Dias 1,00	72.100,00	72.100,00
MATERIALES EN HOSPITALIZACION S/C	1,00	10.000,00	10.000,00
ELECTROCARDIOGRAMA	1,00	15.000,00	15.000,00
MONITOREO CARDIACO	1,00	40.000,00	40.000,00
MATERIALES MEDICO QUIRURGICOS	1,00	3.900.000,00	3.900.000,00
MATERIAL DE SINTESIS	1,00	4.000.000,00	4.000.000,00
GASTOS ADMINISTRATIVOS	1,00	8.000,00	8.000,00
ESTERILIZACION MAT. QUIRURGICO	1,00	10.000,00	10.000,00
GASES Y MEDICAMENTOS ANESTESICOS	1,00	1.000.000,00	1.000.000,00
ESTUDIOS DE RX	1,00	36.000,00	36.000,00
ESTUDIOS DE LABORATORIO	1,00	250.000,00	250.000,00
CURA AL PACIENTE	1,00	35.000,00	35.000,00
PROCESAMIENTO DESECHOS BIOLOGICOS	1,00	25.000,00	25.000,00
		Sub Total ...	10.042.100,00
HONORARIOS MEDICOS			
INSTRUMENTISTA Y CIRCULANTE	1,00	1.000.000,00	1.000.000,00
1ER AYUDANTE	1,00	1.200.000,00	1.200.000,00
ANESTESIOLOGO	1,00	1.200.000,00	1.200.000,00
ALQUILER DE EQUIPOS ESPECIALES DR.	1,00	1.500.000,00	1.500.000,00
HONORARIOS MEDICOS	1,00	3.000.000,00	3.000.000,00
CONSULTA PRE ANESTESIA	1,00	35.000,00	35.000,00
RECUPERADOR	1,00	80.000,00	80.000,00
		Sub Total ...	8.015.000,00
SERVICIOS MEDICOS			
VALORACION CARDIOVASCULAR	1,00	120.000,00	120.000,00
		Sub Total ...	120.000,00

IMPONIBLE:

0,00

EXENTO:

18.177.100,00

DESCUENTO:

0,00

TOTAL I.V.A.:

0,00

TOTAL GENERAL Bs.:

18.177.100,00

Emitido por: FARMACIA