



## COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

### INFORME SOCIO-ECONÓMICO



#### OBSERVACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

En el presente informe socio-económico se puede evidenciar la necesidad de ayuda económica que requiere su hermano, el cual amerita un Par de Muletas, ya que presenta un diagnóstico de Paraplejia espástica de miembros inferiores. Cabe destacar que el beneficiario se encuentra desempleado y no cuentan con los recursos económicos necesarios para cubrir con los gastos de manutención.

TRABAJADOR SOCIAL		SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS		NOMBRES Y APELLIDOS	
María Gabriela Romero		Haniel del C. Vellegos C.	
FIRMA:	INSTITUCIÓN	FIRMA:	
	Atención al Soberano		
		C.I N° V.-	13.552.471.

#### ANÁLISIS DEL CASO

Guamora, 28/04/15

Ciudadano:  
Wílmar Castro Sobelo  
Gobernador del Estado Portuguesa.  
Su Despacho...

Reciba un gran saludo revolucionario y  
felicitarlo por la gran labor que está realizando.  
Primeramente solicito de su ayuda para unos  
bastones canadienses que son para mi hermano.  
Ya que se encuentra enfermo de tuberculosis.  
El tratamiento es de fisioterapia para poder  
comunicar y los necesito para poder levantarse  
y dar los pasos. Ya que no se puede  
movilizar por sí solo y no contamos  
con los recursos para dichos aparatos.  
Que son las muletas canadienses.  
Esperando de su respuesta pronto.  
Sin más que hacer me despidió de  
usted

Atentamente.

Carlos Castillo  
7.087.608

Huán Villegas  
13.552.471.  
0416-5582127  
0416-9545441.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEDULA DE IDENTIDAD

V 17.307.603

MM252

APELLIDOS VILLEGAS CASTILLO

NOMBRES JOSE EDUARDO

José Morales

Director

Jose Villegas

FIRMA TITULAR



28-07-81 SOLTERO

F. NACIMIENTO EDO CIVIL

04-03-08 03-2018

F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



0416-9545441, María Carmen Castillo  
0416-5582427 María Hermana 0412-5185929.  
0412-4810187 José Villegas.







INFORME MEDICO

I. DATOS PERSONALES:

Apellidos: Villegas Castillo  
Nombres: José Eduardo  
Fecha De Nacimiento: 28-07-1981  
Edad: 31 Años  
C.I: 17.307.603.  
Sexo: Masculino

II. ANTECEDENTES:

PERSONALES:

- Paraplejia espástica: por accidente laboral caída desde altura a los 22 años de edad con incompetencia funcional para deambular, fisioterapia actual.

FAMILIARES:

- Madre (viva) 54 años de edad, aparentemente sana.
- Padre (vivo) 74 años de edad. Hipertenso

III. EXAMEN FISICO:

Paciente masculino de 31 años de edad, con paraplejia espástica, con buena coloración de piel y mucosa. Edentula parcial. Faringe congestiva, nariz DLN. Oídos ambos son lesiones. RsCsRsS/s, Fc84x, TA: 110/70mmhg. Mv audible en As Cs Ps S/A Fr:20x Abdomen blando Depresible S/V Rs Hs presentes. Genitales acorde a su sexo y edad no se palpan hernias Inguinales ni Escrotales. Neurológico: cociente orientado en las tres esferas, hipertónico, hiperreflexico, lenguaje coherente, hiperreflexia en miembros inferiores con limitación funcional los mismos. Uso de bastón canadiense para su movilización.

Rx de tórax: Reforzamiento de la Trama Bronquial.

Partes Oseas: presenta compresión radicular de discos intervertebrales L3, L4, L5.

EKG. Sin patología en su trazo.

IV. DIAGNOSTICO CLÍNICO - PATOLÓGICO:

1. Paraplejia espástica de miembros inferiores
2. Síndrome de compresión radicular L3, L4, L5.

V. TRATAMIENTO:

- Fisioterapia

*Dra. Ana M. Perantago de M.*  
VENECOL - MEDICO RESIDENTE  
DRA. ANA MARIA PERANTAGO  
MEDICO RESIDENTE  
CENTRO SALUD PUBLICA  
MPPS 83350  
C.I: 16.647.798



República Bolivariana de Venezuela

Guanare Estado Portuguesa

CONSEJO COMUNAL

"JUAN PABLO II" SECTOR 1

RIF: J-29956319-6



CONSTANCIA DE RESIDENCIA

El Consejo Comunal "JUAN PABLO II" Sector 1, de Guanare-Estado-Portuguesa hace constar por medio de la presente que el (la) ciudadano(a) José Eduardo Villegas Castillo Titular de la cedula de Identidad 17.307.603 De Nacionalidad: (V) o (E) Habita en esta comunidad desde hace: 7 Años, en la Manzana: A-8 Casa N: 12.

Observaciones: \_\_\_\_\_

Finalidad de la Solicitud: Apertura de Cuenta

Se Expide la presente solicitud de parte del interesado(a) en El consejo comunal Sector 1 de la "Urbanización Juan Pablo II" en la ciudad de Guanare Estado Portuguesa a los 09 Días del Mes de Diciembre de 2014.



[Signature]  
Unidad Financiera  
Del Consejo Comunal  
"Juan Pablo II" Sector 1

[Signature]  
Unidad Ejecutiva  
Del Consejo Comunal  
"Juan Pablo II" Sector 1

[Signature]  
Unidad contraloría social  
Del Consejo Comunal  
"Juan Pablo II" Sector 1

Contáctenos por los teléfonos: 0416-1572697, 0424-5428828  
Integrantes de la Sala de Batalla Social "Simón Rodríguez" Circuito 064  
Del Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Protección Social  
Esta constancia va sin tachaduras ni enmendaduras

Sala de Batalla Social Simón Rodríguez  
ACOMUNAL PATRIAMUNDO







TAc. 620



## COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

Nº DE REGISTRO: 2015/08/000432  
FECHA DE SOLICITUD: 28/08/2015

Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Cédula de Identidad o RIF:
Maria del Carmen Villegas Castillo	V-13.552.471
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax:
Urbanización Juan Pablo II, Manzana 018, Casa Nº 12	0416-5582424
Dirección de Trabajo del Ciudadano (a) Solicitante:	Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax:
Gobernación del Estado Portuguesa "Funciones".	No Indica
Dirección de Correo Electrónico del Solicitante:	Fecha de Nacimiento del Solicitante:
No Posee	27/06/1974

## DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Cédula de Identidad o RIF:
José Eduardo Villegas Castillo	V-17.307.603
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax:
Urbanización Juan Pablo II, Manzana 018, Casa Nº 12	0416-9545441
Estado: Portuguesa	Municipio: Guanare
Dirección de Trabajo del Ciudadano (a) Beneficiario (a):	Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax:
No Trabaja	No Posee
Dirección de Correo Electrónico del Beneficiario (a):	Fecha de Nacimiento del Beneficiario:
No Posee	28/07/1981

## DATOS DEL GRUPO FAMILIAR:

Nombres y Apellidos	C.I.	Fecha Nac.	Parentesco	Teléfono	Lugar de Trabajo	Ingresos
José Eduardo Villegas	17.307.603	28/07/1981	Beneficiario	0416-9545441	No Trabaja	7.421,00
Maria del C. Villegas	13.552.471	27/06/1974	Hermana	0416-5582424	Gobernación	7.421,00
Carmen Castillo	7.087.608	18/07/1958	Madre	0257-2520816	Informal	5.000,00

Breve Descripción del Requerimiento: Se trata de un paciente de 34 años de edad. Quien solicita la donación de un Par de Muletas, ya que presenta un diagnóstico de Paraplejía espástica de miembros inferiores y Síndrome de compresión radicular.

Observaciones del Despacho:

Huér d/o Villegas C. 13.552.471  
FIRMA DEL CIUDADANO (A)

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO (A) QUE RECIBE EL REQUERIMIENTO  
(FIRMA Y SELLO)



NOTA: ANEXAR COPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL SOLICITANTE Y DEL BENEFICIARIO



## COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

## INFORME SOCIO-ECONÓMICO



Fecha: 28/08/2015

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:			
Apellidos y Nombres: Villegas Castillo María del Carmen		C.I. N° V-13.552.471	
Lugar de Nacimiento: Valencia Estado Carabobo		Fecha de Nacimiento: 27/06/1974	
Edad: 41 años	Estado Civil: Soltera	Sexo: F ( ) M ( )	Nacionalidad: Venezolana
Nivel de Instrucción: Bachiller	Profesión / Ocupación: Secretaria	Trabaja: Si (X) No ( )	
Parentesco / Relación: Hermana		Teléfonos: 0416-5582427	
Dirección de Habitación: Urbanización Juan Pablo II, Manzana A8, Casa N° 12.			
DATOS DEL BENEFICIARIO:			
Apellidos y Nombres: Villegas Castillo José Eduardo		C.I. N° V-17.307.603	
Lugar de Nacimiento: Guanare Estado Portuguesa		Fecha de Nacimiento: 28/10/1981	
Edad: 34 años	Estado Civil: Soltero	Sexo: F ( ) M (X)	Nacionalidad: Venezolano
Nivel de Instrucción: Secundaria	Profesión / Ocupación: Ninguna	Trabaja: Si ( ) No (X)	
Parentesco / relación: Hermano			
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:			
Urbanización <input checked="" type="checkbox"/> Barrio <input type="checkbox"/>	Av. <input type="checkbox"/> Esq. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Vda. <input type="checkbox"/>	Sector:	N° de Casa
Juan Pablo II	Manzana A8	10	12
Ciudad <input checked="" type="checkbox"/> Caserio <input type="checkbox"/>	Parroquia:	Municipio:	
Guanare	Guanare	Guanare	
Estado: Portuguesa	Teléfono de Habitación: 0254-2520816	Teléfono / Contacto: 0416-9545442	
DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA:			
Casa <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Rancho <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Barraca <input type="checkbox"/> Tabla <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
TIPO DE PARED			
Frisada <input type="checkbox"/> Sin Frisar <input checked="" type="checkbox"/> Bahareque <input type="checkbox"/> Adobe <input type="checkbox"/> Zinc <input type="checkbox"/> Tabla <input type="checkbox"/> Carton Piedra <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
TIPO DE PISO			
Cemento <input type="checkbox"/> Rústico <input checked="" type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Baldosa <input type="checkbox"/> Granito <input type="checkbox"/> Cemento Pulido <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
TIPO DE TECHO			
Acerolit <input checked="" type="checkbox"/> Zinc <input type="checkbox"/> Platabanda <input type="checkbox"/> Tejas <input type="checkbox"/> Raso <input type="checkbox"/> Machihembrado <input type="checkbox"/> Asbesto <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
TENENCIA		SERVICIOS	
Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input checked="" type="checkbox"/> Invadida <input type="checkbox"/>	Aseo Urbano <input checked="" type="checkbox"/> Septico <input checked="" type="checkbox"/> Electricidad <input checked="" type="checkbox"/>		
De los Padres <input type="checkbox"/>	Agua <input checked="" type="checkbox"/>		
SERVICIOS COMUNITARIOS BÁSICOS			
Tlf Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Celular <input checked="" type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Televisión <input checked="" type="checkbox"/> Cable <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otros <input checked="" type="checkbox"/>			