



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
ALCALDÍA DEL MUNICIPIO GUANARE  
GUANARE ESTADO PORTUGUESA  
OFICINA DE REGISTRO MUNICIPAL

**PARTIDA DE NACIMIENTO**

**EXPEDICIÓN GRATUITA**

Prohibida la venta de este documento

Título I.a - DATOS REGISTRALES DEL ACTA						FECHA EXPEDICIÓN	ESTE FOLIO
1.- Fecha Presentación	2.- Libro No.	3.- Acta No.	4.- Folio No.	5.- Folio No.	6.- Folio No.	25/04/2016	22
11/01/2012	1	22	Inicial 22	N/A	Final 22		
6.- Registrador (a) <b>LCDA. Adriana Morales De León</b>						Cargos con que Actúa <b>Registradora Civil</b> <b>Encargada</b>	
Resolución N°		De Fecha		Gaceta Municipal N°		De Fecha	
173		31/08/2010		08		15/09/2010	

Título II - DE LA PRESENTADA					
1.- Nombres	Primer	Segundo	Apellidos		
	<b>MARIA</b>	<b>ISABEL CHIQUINQUIRA</b>	<b>BERRIO SALCEDO</b>		
2.- Fecha Nacimiento	3.- Sexo	4.- Hora Nacimiento	5.- Tipo de Parto	Orden de Nacimiento	6.- País de Nacimiento
18/11/2011	Femenino	10:30AM	Simple	Primera	Venezuela
7.- Lugar Nacimiento	Estado o Categoría Político-Terr.		Municipio o Categoría Político-Terr.		Parroquia o Categoría Político-Terr.
	Estado Portuguesa		Municipio Guanare		Capital Guanare
8.- Centro de Salud o Establecimiento	Nombre de la Institución, Hospital, Centro de Salud o Establecimiento				Certificado de Nacimiento N°
	<b>CENTRO DE EMERGENCIAS MÉDICAS LOS PROCERES</b>				04797630
Dirección <b>DE ESTA CIUDAD</b>					

Título III - DEL PRESENTANTE	
1.- Filiación con la presentada	2.- Filiación con la que actúa
Padre	N/A

Título IV - INFORMACIÓN DE LA MADRE					
1.- Datos Cédula Vzlna No. Ident.	Tipo de Documento	Tipo Documento N°	2.- Nombres	Primer	Segundo
V-11396097	N/A	N/A		<b>IMAIRA</b>	<b>MERCEDES</b>
3.- Nacionalidad	4.- Sexo	5.- Edad	6.- Sabe Firmar	7.- Sabe Firmar	8.- Profesión u Ocupación
Venezolana	Femenino	39	Si	Si	OFICIOS DEL HOGAR
9.- Dirección <b>BARRIO COLOMBIA SUR</b>					
10.- Lugar Nacimiento	Estado o Categoría Político-Terr.		Municipio o Categoría Político-Terr.		Parroquia o Categoría Político-Terr.
	Estado N/A		Municipio N/A		N/A

Título V - INFORMACIÓN DEL PADRE					
1.- Datos Cédula Vzlna No. Ident.	Tipo de Documento	Tipo Documento N°	2.- Nombres	Primer	Segundo
N/A	Cedula de Ciudadanía	9.094.509		<b>DAGOBERTO</b>	<b>BERRIO DIAZ</b>
3.- Nacionalidad	4.- Sexo	5.- Edad	6.- Sabe Firmar	7.- Sabe Firmar	8.- Profesión u Ocupación
Colombiana	Masculino	56	Si	Si	MAESTRO DE OBRA
9.- Dirección <b>BARRIO COLOMBIA SUR</b>					
10.- Lugar Nacimiento	Estado o Categoría Político-Terr.		Municipio o Categoría Político-Terr.		Parroquia o Categoría Político-Terr.
	N/A		N/A		N/A

Título VI.a - INFORMACIÓN TESTIGO Nro. 1					
1.- Datos Cédula Vzlna No. Ident.	Tipo de Documento	Tipo Documento N°	2.- Nombres	Primer	Segundo
V-12647899	N/A	N/A		<b>YELIXA</b>	<b>YUVISAY</b>
3.- Nacionalidad	4.- Sexo	5.- Edad	6.- Sabe Firmar	7.- Sabe Firmar	8.- Profesión u Ocupación
Venezolana	Femenino	35	Si	Si	N/A

Título VI.b - INFORMACIÓN TESTIGO Nro. 2					
1.- Datos Cédula Vzlna No. Ident.	Tipo de Documento	Tipo Documento N°	2.- Nombres	Primer	Segundo
V-12009974	N/A	N/A		<b>CELIDA</b>	<b>DEL CARMEN</b>
3.- Nacionalidad	4.- Sexo	5.- Edad	6.- Sabe Firmar	7.- Sabe Firmar	8.- Profesión u Ocupación
Venezolana	Femenino	39	Si	Si	N/A

Certifico que la información contenida en esta acta ha sido tomada de forma fiel y exacta del acta original que reposa en los libros de nacimientos llevados por esta oficina.



V 11.396.097

MM756

Anabel Jitenez  
Directora

APELLIDOS: SALCEDO DE BERRIO  
NOMBRES: IMAIRA MERCEDES

FAMILIAR

Imaira de Berrio

14-01-72 CASADA

F. NACIMIENTO EDO CIVIL

16-03-16 03-2026

F. EXPIRACION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



Tac 3430 Q. Cero  
Pediatra  
Cirujano

02-05-2016--

udad de Maldonado Castañeda...  
Gobernador Bdo. Portuguesa...  
Su Despacho...

Me dirijo a Ud. en esta oportunidad, de solicitarle su valiosa ayuda ya que soy madre de 7 hijos, y soy de bajos recursos y tengo que operar a mi bebé de 4 añitos del paladar y no tengo los recursos económicos ya que como le comente el jueves pasado, cuando usted estuvo en el barrio Colombia Sur. entregando la Comida en el Casa por Casa y le conte que mi bebé ya no puede esperar más, para ser operado y el Dr. Angel Casper es el especialista que me la a tratado desde que ella nació y me dijo que no podíamos esperar más para la Cirugía. le suplico y le pido de todo Corazón que me ayude para poder operar a mi bebé. Me despido sin más que decir esperar pronta y grata respuesta.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
GOBERNACIÓN DEL ESTADO PORTUGUESA

Atentamente

Chino  
Verificar  
el caso con Casper  
por favor

Mi teléfono: 0414-5376771. Imaira Salcedo

C.I.: 11.396.097

\* anexo: presupuesto de la Clínica;  
Partida de nacimiento, informe...



Dr. Ángel Gásperi  
Cirujano Pediatra  
R.I.F. V-04239247-9

**CONTROL DE NIÑOS SANOS - CIRUGIA PEDIATRICA**  
**CENTRO MEDICO PORTUGUESA**  
Carrera 4 al lado de la Concha Acústica, 1er. Piso Consultorio N° 11

## Informe Médico

Paciente: María Isabel Chiquinquira Berrios Salcedo.

Se trata de preescolar femenina de 4 años de edad, quien presenta al momento de su nacimiento Paladar Hendido Incompleto que dificulta Fonación y la deglución.

Al examen físico se evidencia Hendidura Palatina Incompleta, con mucha amplitud de dicha Hendidura con procesos maxilares hipotróficos.

Por lo anterior consideramos que la paciente amerita con urgencia, por su edad de Palatoplastia bajo anestesia general.

Diagnóstico: Paladar Hendido Incompleto.

Fecha: 02/05/2016

Atte.

  
**Dr. Ángel Gásperi**  
CIRUGIA PEDIATRICA  
M.P.P.S. 17254 C.M. 556  
C.I. 4.239.247 RIF: V-04239247-9

Ángel Gásperi  
Cirugía Pediátrica  
M.P.P.S. 17254 C.M. 556

Teléfonos: Consultorio: 0257-2533892 Cel: 0414-503.0156- Email:  
angasper45@gmail.com  
Guanare Estado Portuguesa



## PRESUPUESTO

FECHA: 29/04/2016

SEÑORES: PARTICULAR

**PACIENTE:** MARIA ISABEL CHIQUINQUIRA

## SERVICIOS CLINICOS

HABITACION DIARIO	1	BsF. C/U	5.000,00	5.000,00
ACOMPAÑANTE DIARIO	1	BsF. C/U	500,00	500,00
RESIDENTE DIARIO	1	BsF. C/U	1.000,00	1.000,00
SERVICIO DE ENFERMERA DIARIO	1	BsF. C/U	1.000,00	1.000,00
ADMISION				500,00
HISTORIA CLINICA				1.000,00
GASTOS ADMINISTRATIVOS				500,00
MEDICINAS				65.800,00
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO				79.800,00
DERECHO DE QUIROFANO				5.000,00
INSTRUMENTACION				3.000,00
CIRCULANTE DE PABELLON (2)				6.000,00
MONITOREO CARDIACO COMPLETO				3.000,00
OXIGENO + OXIDO NITROSO X 3 HORA				6.000,00
USO DEL ELECTROCAUTERIO				2.000,00
PROCESAMIENTO DESECHOS BIOLOGICOS				2.000,00
SALA DE RECUPERACION				2.000,00
USO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO				10.000,00
<b>SUB-TOTAL Bs F.</b>				<b>194.100,00</b>

## ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

SUB-TOTAL Bs F.	0.00
-----------------	------

## HONORARIOS

CIRUJANO	50.000,00
AYUDANTE 1º	20.000,00
ANESTESIOLOGO	20.000,00
RECUPERACION	3.000,00

SUB-TOTAL Bs F.	93.000,00
-----------------	-----------

TOTAL Bs F.	287.100,00
-------------	------------

EMITIR CHEQUE A NOMBRE DE CENTRO MEDICO PORTUGUESA C.A

PRESUPUESTO VALIDO POR UN MES Y SUJETO A MODIFICACIONES

