



INFORME MEDICO

NOMBRES: Aurelio Rafael Terán Bencomo

C.I.V-11.398.272

FECHA: 28/04/2014

Paciente masculino de 40 años, quien presento una hipoxia neonatal al nacer y esta dejo como secuelas una Diversidad Funcional Intelectual con Menor Compromiso Cognitivo o Retardo Mental con Menor Compromiso Cognitivo y un Síndrome Piramidal Derecho, caracterizado por una Himiparecia Derecha, el cual dificulta su marcha.

Fue operado de Hernia Inguinal, Estrechez Uretral y Fractura de Rotula Derecha.

Actualmente está asintomático desde el punto de vista Neurológico.

Dr. Alexander Quijada S
NEUROLOGO
M.S.D.S. 37694 C.M. 1296
C.I. 6.577.351

Dr. Alexander Quijada
Medico Neurólogo
C.I. 6.577.351

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 11.398.272

MM744

APELLIDOS TERÁN BENCOMO



Juan Dugarte
Director

NOMBRES AURELIO RAFAEL

FORMA TITULAR

Aurelio Terán

20-09-68 SOLTERO

F. NACIMIENTO EDO. CIVIL

27-05-14 05-2024

F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO



VENEZOLANO





REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CONSEJO COMUNAL BARRIO MATURIN I

GUANARE ESTADO PORTUGUESA



RIF: J-29977262-3

CARTA DE RESIDENCIA

Quiénes suscriben miembros del consejo comunal del Barrio Maturín 1, en el Municipio Guanare, a través de la presente se hace constar que el Ciudadano(a): Aurelio Rafael Teran Bencomo titular de la cedula de identidad N° 11.598972 reside y mora en la zona de Calle 6 Caronara 12 desde hace 47 años

La solicitud de esta es con el fin de: Para Empleo

Constancia que se expide a petición de la parte interesada en Guanare a los (3) días del mes de Noviembre del 2016

Por el Consejo Comunal

**CONSEJO COMUNAL
BARRIO MATURIN
ASUNTO CIVIL**

Carmen Bolaños de Yusti

CI: 10.874.072

Vocera Principal Comité de Finanza



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

EXPEDICIÓN GRATUITA

Prohibida la venta de este documento

PARTIDA DE NACIMIENTO

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.	7.- Folio No.	8.- Folio No.	9.- Folio No.	10.- Folio No.	25/03/2014	No.	420	
03/10/1968	3	1964	420	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				
6.- Nombres y Apellidos Carlos Cáceres L.										Carácter con que Actúa Titular			
7.- Cargo Prefecto													
8.- Registro Municipal N° N/A													
9.- De Fecha N/A													
Título II - DEL PRESENTADO													
1.- Nombres AURELIO													
2.- Fecha Nacimiento 20/09/1968													
3.- Sexo Masculino													
4.- Hora Nacimiento N/A													
5.- Tipo de Parto Simple													
6.- País de Nacimiento Venezuela													
7.- Lugar Nacimiento Estado Portuguesa													
8.- Centro de Salud o Establecimiento CLÍNICA DR. JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ													
9.- Dirección BARRIO LA ARENOSA CALLE 15													
Título III - DEL PRESENTANTE													
1.- Filiación con el presentado Padre													
2.- Filiación con la que actúa N/A													
Título IV - INFORMACIÓN DE LA MADRE													
1.- Datos Cédula Vzina No Ident. N/A													
2.- Nombre ENMA													
3.- Nacionalidad Venezolana													
4.- Sexo Femenino													
5.- Edad 19													
6.- Estado Civil Casada													
7.- Sabe Firmar SI													
8.- Profesión u Ocupación DEICINISTA													
9.- Dirección DOMICILIADA EN ESTA CIUDAD													
10.- Lugar Nacimiento Estado Barinas													
Título V - INFORMACIÓN DEL PADRE													
1.- Datos Cédula Vzina No Ident. N/A													
2.- Nombre JOSE													
3.- Nacionalidad Venezolana													
4.- Sexo Masculino													
5.- Edad 25													
6.- Estado Civil Casado													
7.- Sabe Firmar SI													
8.- Profesión u Ocupación COMERCIANTE													
9.- Dirección DOMICILIADO EN ESTA CIUDAD													
10.- Lugar Nacimiento Estado Portuguesa													
Título VI.a - INFORMACIÓN TESTIGO Nro. 1													
1.- Datos Cédula Vzina No Ident. N/A													
2.- Nombre FERNANDO													
3.- Nacionalidad Venezolana													
4.- Sexo Masculino													
5.- Edad N/A													
6.- Estado Civil N/A													
7.- Sabe Firmar N/A													
8.- Profesión u Ocupación N/A													
Título VI.b - INFORMACIÓN TESTIGO Nro. 2													
1.- Datos Cédula Vzina No Ident. N/A													
2.- Nombre EMILIO													
3.- Nacionalidad Venezolana													
4.- Sexo Masculino													
5.- Edad N/A													
6.- Estado Civil N/A													
7.- Sabe Firmar N/A													
8.- Profesión u Ocupación N/A													

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



Guamán 16 de Mayo del 2016.

Señor
Rafael Terán Bencomé
Gobernador - La Portuguesa.
Que Dios pague.

Hago un cordial saludo revolucionario.
Socialista y Bolivariano en nombre del
Compañero Amado Rafael Terán Bencomé.
Desearé éxito en su gestión.

La presente misiva tiene como intención ad-
vertir su colaboración para que me ayude con
un empleo porque yo soy una persona
con una discapacidad: Musculo Esquelética
Moderada, Neurológica Moderada, y con la
ayuda de una prótesis de la pierna derecha
con los brazos también. También tengo
problemas médicos. Espero que me ayude.

Quiero más que nada agradecerle en
carácter de un amigo y compañero
espero de pronto su respuesta.

Rafael Terán Bencomé.

Amado Rafael Terán Bencomé.

TAC 1985
chileo

Certificado de Discapacidad D-0402714

Apellidos: **TERAN BENCOMO**

Cédula: **V-11398272**

Sexo:
MASCULINO

Fecha de Nacimiento:
20-09-1968



Conapdis

Consejo Nacional para las personas con Discapacidad

Tipo de Discapacidad	Grado
MusculoEsquelética	Moderado
Neurologico	Moderado

Nro de Historia: **11398272**

Fecha de Expedición: **13-10-2015**

Fecha de Vencimiento: **11-10-2020**

Nro de registro de Médico que Califica: **39507**
D-249024

www.conapdis.gob.ve

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
GOBERNACIÓN DEL ESTADO PORTUGUESA

16 MAYO 2016

natyer matos
RECIBIDO

Coordinación de Atención al Soberano



INFORME DE CLASIFICACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

HAGO CONSTAR QUE EL CIUDADANO:

FECHA DE ELABORACIÓN		
01. DIA	02. MES	03. AÑO
13	05	15

A. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

04. PRIMER APELLIDO Jeron	05. SEGUNDO APELLIDO Bancome	06. PRIMER NOMBRE Amelio
07. SEGUNDO NOMBRE Rafael	08. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD V E 011398272	FECHA DE NACIMIENTO 09. DIA 10. MES 11. AÑO 20 09 68
12. EDAD 45		13. SEXO M
14. ESTADO CIVIL Soltero		15. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL B. Matucán 2
16. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA Carrera 12 entre 5 y 6		17. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN Casa N° 5-78
18. PISO/PLANTA/LOCAL	19. CÓDIGO POSTAL	20. ESTADO Carabobo
21. MUNICIPIO Guacara		22. PARROQUIA Guacara
23. N° DE TELÉFONO DE HABITACIÓN 02512516394		24. N° DE TELÉFONO DE CELULAR
25. CORREO ELECTRÓNICO		

B. PRESENTA LAS SIGUIENTES DISCAPACIDADES Y SU RESPECTIVA CALIFICACIÓN

26. CALIFICACIÓN			
26.1 FUNCIÓN DEFICIENTE	26.1.1 CALIFICACIÓN	26.2 ACTIVIDAD LIMITADA	26.2.1 CALIFICACIÓN
MENTAL (INTELLECTUAL)	82	APRENDIZAJE	00
MENTAL (PSICOSOCIAL)	00	COMUNICACIÓN VERBAL	02
VISUAL	00	MOVILIDAD	02
AUDITIVA	00	AUTOCUIDADO	02
SENSITIVA	00	VIDA DOMÉSTICA	02
VOZ Y HABLA	02	RELACIONES INTERPERSONALES	00
CARDIORESPIRATORIA	00	EDUCACIÓN	03
GENITOURINARIA	00	TRABAJO	02
NEUROLÓGICO	82	VIDA CIUDADANA	00
MUSCULOESQUELÉTICO	82		

27. CAUSA ☒ ADQUIRIDA ☐ GENÉTICA ☐ CONGENITA

C. OBSERVACIONES

Adulto de 45 años de edad con antecedentes de
Súbito. Hipoxia momentánea a nacer, pero como
Secuela una discapacidad funcional intelectual con menor
compromiso cognitivo. Retraso mental y hemiparesia derecha
con limitación para caminar.

D. DATOS DEL MÉDICO QUE CLASIFICA

28. PRIMER APELLIDO Rojas	29. SEGUNDO APELLIDO Cortez	30. PRIMER NOMBRE Zoraida
31. SEGUNDO NOMBRE Leonora	32. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD/ N° PASAPORTE V E 0000012040543	33. REGISTRO DE COLEGIO MÉDICO
34. TIPO DE EMPLEADO <input type="checkbox"/> FIJO <input checked="" type="checkbox"/> CONTRATADO	34. NÚMERO DE REGISTRO DEL MPPS 000000083632	35. FIRMA Dra. Zoraida Rojas
36. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN DONDE LABORA Amb. Rafael Rojas	37. REGISTRO SANITARIO	38. C.I.: 13040543 M.P.P.S.: 83632

