

## COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

## INFORME SOCIO-ECONÓMICO



## OBSERVACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

Según los datos suministrados por el solicitante a través de la entrevista socio-económica, se puede considerar la necesidad de ayuda económica para adquirir un coche ortopédico que amolite a su hija, menor de edad de 6 años. Por presentar un diagnóstico de Encefalopatía Crónica Infantil (Hipoxia); según se puede evidenciar en el informe médico adjunto. Cabe destacar que el costo del coche ortopédico reclinable, es de 90.000,00 manifestando que son personas de escasos recursos económicos y es por ello que requirieron la donación del respectivo requerimiento.

TRABAJADOR SOCIAL		SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS:		NOMBRES Y APELLIDOS:	
María Gabriela Romero		Angel Saizago	
FIRMA:	INSTITUCIÓN	FIRMA:	
María Gabriela	Atención al Soberano		
		C.I. N° V.-	16418669

## ANÁLISIS DEL CASO

Ciudadano:

WILMAR CASTRO SOTELDO

Gobernador del Estado Portuguesa

Su Despacho.-

Yo, **ANGGELO JOSÉ SAYAGO**, venezolano, mayor de edad, soltero, titular de la cedula de identidad N° V-16.416.669, civilmente hábil y con domicilio en la avenida 01, entre calles 15 y 16, sector Altamira de la ciudad de Acarigua, municipio Páez, Estado Portuguesa, a través de la presente me dirijo a usted con la finalidad de solicitar su valiosa colaboración en lo relacionado con la obtención de **Un (1) Coche Ortopédico Reclinable** para mi menor hija **NAHOMI ANGGELOMAR SAYAGO TORRES**, quien es venezolana, de seis (6) años de edad, identificada con partida de nacimiento N° 1729, emitida por la oficina de Registro Civil del municipio Páez, Estado Portuguesa.

La presente solicitud la realizo debido a que mi hija, arriba identificada presenta condición especial siendo su diagnostico; Encefalopatía Crónica Infantil (hipoxia) ameritando un coche adaptado a sus necesidades, ya que los coches convencionales no son ni cómodos, ni adecuados para su condición, sin dejar de lado el alto costo que presentan en el mercado, es por lo cual acudo a usted requiriendo su valiosa cooperación para la adquisición del coche arriba mencionado, ya que ello coadyuvara con el avance progresivo de la condición que presenta mi hija y así pueda tener un mejor desarrollo personal.

Sin otro particular a que referirme, me despido de usted esperando una pronta y positiva respuesta a mi solicitud. Dios sabrá recompensarle.

Atentamente;



ANGGELO JOSÉ SAYAGO

V-16.416.669

0424-5594589

[sayagoanggelo@gmail.com](mailto:sayagoanggelo@gmail.com)

**NOTA:** Anexo en copias fotostáticas

- Copia de mi cedula de identidad y de la madre de mi menor hija
- Partida de nacimiento de mi hija
- Informe Médico
- Presupuesto del Coche



**Certificado de la Discapacidad**  
 Nombres: **NAHOMI ANGELIMAR** D-0342303

Apellidos: **SAYAGO TORRES**

Cédula: **V-18872828 (R)**

Sexo: **FEMENINO** Fecha de Nacimiento: **15-04-2009**



**Conapdis**  
 Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad

Tipo de Discapacidad	Grado
Mental Intelectual	Grave
Mental Psicosocial	Grave

Nro de Historia: **18872828**

Fecha de Expedición: **29-04-2015**

Fecha de Vencimiento: **27-04-2020**

Nro de registro de Médico que Califica: **87236**  
**D-215545**

[www.conapdis.gob.ve](http://www.conapdis.gob.ve)



**Dr. AGUSTÍN D'ONGHIA C.**  
**SERVICIO DE NEUROPEDIATRIA CLÍNICA**  
**ELECTROFISIOLOGÍA NEUROLÓGICA**

Policlínica Barquisimeto, Consultorio 24. Av. Lara esquina Av. Los Leones. Barquisimeto-Venezuela.  
Tlf master: (0251) 2540044. Directos: 2531865 - 2562154 - 2562155. Fax: (0251) 2532318. Celular: 0414-3504561.  
E-mail: dongagus@cantv.net

**INFORME CLÍNICO-CONFIDENCIAL - SOLO PARA USO PROFESIONAL**

Prohibido realizar copias parciales y/o totales. Sólo con el consentimiento escrito del Paciente o Médico Tratante

**HISTORIA:** 19433 **PACIENTE:** Nahomi Angelimar Sayago Torres **CI:** 18.872.828 (1)  
**FECHA DE NACIMIENTO:** 15/04/2009 **FECHA DE CONSULTA:** 19/06/2015 **EDAD:** 6 años **SEXO:** F

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

- \* El 28/05/2015 **RMN Cerebral.**
  - Hipogenesia Cuerpo calloso.
  - Encefalomalacia pericallosa.
  - Prominencia de surcos corticales.
  - Disminución del volumen lóbulos parietales.
- \* El 01/06/2015 **Laboratorio:** Hematología completa, Glicemia, Urea, Creatinina, conteo de plaquetas, Lípidos, electrolitos, T<sub>3</sub>L-T<sub>4</sub>L-TsH: Normales.
- \*\* Evaluado el 19/06/2015 por el **Dr. A. D'Onghia C.**, encontrando:  
**Edad:** 6 años  
**Clínica:** presenta crisis convulsiva ocurren con frecuencia quincenal - afebril.  
Evaluada por la **Dra. Carmen Martínez.** - le indica:
  - Keppra 250 mg / BID.
  - Trileptal 6% / 4 cc / BID.
  - Rivotril 0, 5 mg / TID (7 a.m. - 2 p.m. - 9 pm)

**Impresión Diagnóstica:**

- Encefalopatía crónica infantil (hipóxica)
- Crisis convulsivas focales
- Crisis vegetativa
- Crisis mioclónicas propulsivas.

Se entrega informe y resultados a los padres (19/06/2015). **AD/O/EC**

Se entrega informe a su padre (13/08/2015). **AD/O/EC**

**Dr. Agustín D'Onghia C.**

RIF: V- 02536599 - 9  
Matrícula C.M. Lara N° 610.  
Matrícula M.S.A.S. N° 8041

**Dr. Agustín D'Onghia C.**  
RIF: V- 2536599 - 9  
NIT. 0025437535

- Lleva sello seco.





Fabricamos y Diseñamos Métodos Especiales - Traumatología y Ortopedia  
Columna - Tornillo Titánico - U Interespinosa  
Prótesis - Fajas - Rodilleras - Coches - Sillas - Botas y Aparatos Ortopédicos.  
Carretera 29 Esquina calle 41 Local 1 - Telefax: (0251) 446.74.43  
Telf.: (0251) 445.47.32 - Cel.: (0416) - 856.68.34 - www.toiwr.com

Nombre: Wilmar Castro Solís

Dirección: Edo Portuguesa

Telf.: 04245594589

Autorizado:

RIF.: J-30231108-0

Fecha de Emisión	Día	Mes	Año
Bglr	13	08	2015

☐ PEDIDO

☒ PRESUPUESTO

Nº 0283

CANTIDAD	DESCRIPCION	PREC/UNIT.	BOLIVARES
1	Coche Ortopédico Reclinable	90.000	90.000
Paciente: <u>Nohomi Sayago</u> <u>León</u>			
SUB-TOTAL Bs.			90.000
IVA _____ % SOBRE Bs.			
TOTAL Bs.			90.000

Observaciones:

Válido por (20) Días.

RECIBÍ CONFORME

Por TOIWR C.A.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEDULA DE IDENTIDAD

V 16.416.669

MM755

APELLIDOS SAYAGO

Dante Rivas  
Director

NOMBRES ANGEL JOSE

SENA TOLAR

05-09-83 SOLTERO

F. NACIMIENTO F. ESTADO CIVIL

09-06-15 06-2025

F. EXEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO





REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 15.872.828

PELLIDOS

TORRES UMBRIA

OMBRES

MARIA LUISA

MAZILLAS

*Torres Maria*

09-12-88 SOLTERA

F. NACIMIENTO EDO CIVIL

08-06-06 06-2016

F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

MFOC

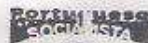
Hugo Cabeza

Director





TAC 676



DESPACHO DEL GOBERNADOR



## COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

Nº DE REGISTRO:	2015/09/000465
FECHA DE SOLICITUD:	15/09/2015

Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Cédula de Identidad o RIF:
Anggelo José Sayago	V-16.416.669
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax:
Borrio Altamira, Av 1. Entre Calles 15 y 16 Casa Nº 11	0424-5594589
Dirección de Trabajo del Ciudadano (a) Solicitante:	Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax:
Independientes "Transcriptor"	No Pese.
Dirección del Correo Electrónico del Solicitante:	Fecha de Nacimiento del Solicitante:
No Pese.	05/09/1983

## DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Cédula de Identidad o RIF:
Nahomi Angelimar Sayago Torres	No Pese (6 Años)
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax:
Borrio Altamira, Av 1. Entre Calles 15 y 16. Casa Nº 11	No Pese.
Estado: Portuguesa	Municipio: Taéz
Dirección de Trabajo del Ciudadano (a) Beneficiario (a):	Código del Circuito Comunal:
No Trabaja	6
Dirección de Correo Electrónico del Beneficiario (a):	Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax:
No Pese.	No Pese.
	Fecha de Nacimiento del Beneficiario:
	15/04/2009.

## DATOS DEL GRUPO FAMILIAR:

Nombres y Apellidos	C.I.	Fecha Nac.	Parentesco	Teléfono	Lugar de Trabajo	Ingresos
Nahomi Sayago	No Pese.	15/04/2009	Beneficiaria	No Pese.	/	/
Anggelo Sayago	16.416.669	05/09/1983	Padre	0424-5594589	Independiente	15.000.00
Nahomi Torres	18.672.878	09/12/1983	Madre	0414-520214	No Trabaja	/

Breve Descripción del Requerimiento: El solicitante requiere el caso especial de salud de su hija de 6 años de edad. Quien requiere la donación de un Coche Articulador. Por presentar un diagnóstico de Encefalopatía (crónica) infantil (Hipoxia).

Observaciones del Despacho:

Anggelo Sayago

FIRMA DEL CIUDADANO (A)

16916669

NOMBRE Y APELLIDO DEL FUNCIONARIO (A) QUE RECIBE EL REQUERIMIENTO

(FIRMA Y SELLO)

RECIBIDO

Coordinación de Atención al Ciudadano

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



# COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

## INFORME SOCIO-ECONÓMICO

Fecha: 15/09/2015

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:							
Apellidos y Nombres: Sayago Angelito José						C.I. N° V-16.416.669	
Lugar de Nacimiento: Acarigua Municipio Páez						Fecha de Nacimiento: 05/09/1983	
Edad: 32 Años		Estado Civil: Soltero		Sexo: F ( ) M (X)		Nacionalidad: Venezolano	
Nivel de Instrucción: Bachiller		Profesión/Ocupación: Comerciante Independiente		Trabaja: Si (X) No ( )		Teléfonos: 0424-5599589	
Parentesco / Relación: Padre							
Dirección de Habitación: Barrio Altamira Av. 1. Entre Calles 15 y 16 Casa N° 11.							
DATOS DEL BENEFICIARIO:							
Apellidos y Nombres: Sayago Torres Noemí Angelimar						C.I. N° No Páez	
Lugar de Nacimiento: Acarigua Municipio Páez						Fecha Nacimiento: 15/04/2009	
Edad: 6 Años		Estado Civil: Soltera		Sexo: F (X) M ( )		Nacionalidad: Venezolana	
Nivel de Instrucción: Ninguna		Profesión/Ocupación: Ninguna		Trabaja: Si ( ) No (X)			
Parentesco / relación: Hija							
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:							
Urbanización <input type="checkbox"/> Barrio <input checked="" type="checkbox"/>		Av. <input checked="" type="checkbox"/> Esq. <input type="checkbox"/> Calle <input checked="" type="checkbox"/> Vda. <input type="checkbox"/>		Sector:		N° de Casa	
Altamira		Av. 1. Entre Calles 15 y 16		%		11.	
Ciudad <input checked="" type="checkbox"/> Caserio <input type="checkbox"/>		Parroquia:		Municipio:			
Acarigua		Acarigua		Páez			
Estado: Portuguesa		Telefono de Habitación: No Páez		Teléfono / Contacto		0424-	
DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA:							
Casa <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Rancho <input type="checkbox"/> Apto. <input checked="" type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Barraca <input type="checkbox"/> Tabla <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>							
TIPO DE PARED							
Frisada <input checked="" type="checkbox"/> Sin Frisar <input 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 type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Baldosa <input type="checkbox"/> Granito <input type="checkbox"/> Cemento Pulido <input checked="" type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>							
TIPO DE TECHO							
Acerolit <input type="checkbox"/> Zinc <input type="checkbox"/> Platabanda <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Invadida <input type="checkbox"/> De los Padres <input type="checkbox"/>				Aseo Urbano <input checked="" type="checkbox"/> Septico <input checked="" type="checkbox"/> Electricidad <input checked="" type="checkbox"/> Agua <input checked="" type="checkbox"/>			
SERVICIOS COMUNITARIOS BÁSICOS							