



COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO
INFORME SOCIO-ECONÓMICO



OBSERVACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

Solicita la adquisición de una silla de rueda tipo coche ortopédico, para ser utilizada por su mamá quien presenta según informe médico nueva artrosis de columna cervical y fractura de fémur derecho; así mismo, la misma manifiesta que es una paciente de una edad avanzada y no puede valerse por sí sola y no cuenta con los recursos monetarios para dicha adquisición.

TRABAJADOR SOCIAL		SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO	
NOMBRES Y APELLIDOS:		NOMBRES Y APELLIDOS:	
FIRMA:		FIRMA:	
	INSTITUCIÓN		C.I. N° V. 9049047.

ANÁLISIS DEL CASO

Guanaré, agosto del 2015.

Ciudadano:
Wilmar Alfredo Castro Soteldo
Gobernador del Estado Portuguesa
Su Despacho

Con Atención: Leda Yanet Camero

Reciba Un cordial saludo Patriótico y Revolucionario, Chavista y madurista, con plena conciencia Socialista; reconociendo la autoridad que ejerce en el estado portuguesa específicamente Guanaré, como Gobernador cargo que dignamente representa y su gran empeño en pro y beneficio de las personas de la tercera edad que presenta alguna discapacidad como es el caso que a continuación le presento; me dirijo a usted, en la oportunidad de solicitar sus buenos oficios, mi nombre es **MARIA PERDOMO ARTIGAS**, titular de la Cédula de identidad N° 5.764.544, de bajos recursos económicos y vivo con mi madre una adulta mayor que lleva por nombre Emilia del Carmen Artigas, titular de la cédula de Identidad N° 5.755.274 de 96 años de edad, quien presenta según valoración médica Artrosis de columna vertebral, artrosis de rodilla derecha y fractura de Fémur derecho y debido a su avanzada edad y estado de salud se me hace complicado subirla y bajarla de la cama durante el día, motivo por el cual solicito ante usted, la posible **DONACIÓN** de una **SILLA DE RUEDA TIPO COCHE ORTOPEDICA** para que mi madre pueda sentarse más cómoda motivado a la fractura de fémur que padece.; solicitud que hago debido a que no tengo recursos para la comprarla por tal motivo muy respetuosamente pido su colaboración para que le sea donada dicha silla la cual sería de gran utilidad para el problema que está presentando mi madre.

Sin otro particular al cual hacer referencia y con la irrefutable disposición de cooperación en todo lo procedente, hago propicia la ocasión para reiterarle la seguridad de mi alta estima y considerándole el mayor de los éxitos en su gestión y el triunfo de las venideras elecciones el próximo 6 diciembre.

Al mismo tiempo le extiendo una invitación para que visite mi humilde hogar para que constate las condiciones en que vivimos.

Atentamente,



María C. Perdomo
C.I. 5764544

Contacto: 0414-5590908, 0257-2518801

Dirección: Urb. José Antonio Páez, sector 5, casa N° 20. (Los Próceres)

Anexo: Copia del Informe Médico, copia de la Cédula de Identidad, carta de residencia, entre otros.

"PATRIA SOCIALISTA"
"VIVIREMOS Y VENCEREMOS"

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 5.755.274

APELLIDOS ARTIGAS DE PERDOMO

NOMBRES EMILIA DEL CARMEN

MANIFIESTA NO SABER FIRMAR

FIRMA TITULAR

04-08-19 CASADA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

01-08-07 08-2017
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

~~MF011~~
Hugo Cabezas
Director



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 9.049.047

MM719

APELLIDOS PERDOMO ARTIGAS

NOMBRES ANA RAFAELA

FIRMA TITULAR

Ana Perdomo Artigas

09-03-83 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

01-04-13 04-2023
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

Fabrizio Pérez
Director



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 5.764.544

MM691

APELLIDOS PERDOMO DE CAMACHO

NOMBRES MARIA CATALINA

Fabricio Pérez
Director

FIRMA TITULAR

30-04-61 CASADA
F. NACIMIENTO F. ESTADO CIVIL

03-10-12 10-2022
F. EMISIÓN F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO





MISION MÉDICA CUBANA
CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL
C.D.I DR. LEONIDAS RAMOS
ESTADO PORTUGUESA

Mision
BARRIO
ADENTRO

INFORME MEDICO

FECHA: 27 DE Abril DE 2015

NOMBRE Y APELLIDO: Emilia Artigas de Perdomo

EDAD: 96 Años

CEDULA: 5.755.274

DIRECCION: Los Próceres

Diagnostico

Paciente Femenina de 96 años de edad con antecedentes de discapacidad por artrosis de Columna Vertebral y Artrosis en Rodilla Derecha desde Hace 46 años y posteriormente sufrió caída con fractura de Fémur Derecho la no puede permanecer de pies ni cuidarse sola debido a su estado de salud y su edad la cual amerita cuidados especiales y permanentes por la Ciudadana Maria Perdomo C.I. 5764544 quien es su única Hija.

ID: Artrosis de Columna Vertebral
Artrosis en Rodilla Derecha
Fractura de Fémur Derecho

Nota: Discapacidad Permanente.

Dr. Romel Hernández Frometa
Esp. Ortopedia y Traumatología
Reg. Prof. 67844

DR. ROMEL HERNANDEZ FROMETA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA







TAC 680



COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL SOBERANO

Nº DE REGISTRO:	2015-08-00424
FECHA DE SOLICITUD:	25/8/2015


Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Cédula de Identidad o RIF:
Ana Rafaela Perdomo Artigas	9.049.047
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax:
Abd. José Antonio Pérez, sector 5 Vda, 21	0414/8590908
Dirección de Trabajo del Ciudadano (a) Solicitante:	Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax:
Procuraduría General (Subilada)	
Dirección de Correo Electrónico del Solicitante:	Fecha de Nacimiento del Solicitante:
ana_47_perdomo@hotmail.com	9/3/63

DATOS DEL BENEFICIARIO:	
Nombres y Apellidos del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Cédula de Identidad o RIF:
Emilia del Carmen Artigas de Perdomo	5.955.274
Dirección de Contacto del Ciudadano (a), Organización o Comunidad Organizada:	Nº de Contacto Telefónico o Nº de Fax:
Abd. José Antonio Pérez sector 5 Vda 21	0057/2518801
Estado:	Código del Circuito Comunal:
Portuguesa	
Municipio:	Nº Telefónico del Trabajo o Nº de Fax:
Guanare	
Dirección de Trabajo del Ciudadano (a) Beneficiario (a):	Fecha de Nacimiento del Beneficiario:
no trabaja	04/8/19
Dirección de Correo Electrónico del Beneficiario (a):	
no posee	

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR:						
Nombres y Apellidos	C.I.	Fecha Nac.	Parentesco	Teléfono	Lugar de Trabajo	Ingresos
Emilia Artigas	5.955.274	4/8/19	Beneficiaria	2518801	Pensión	7.400,00
Ana Perdomo	9.049.047	9/3/63	Hija	0414/8590908	Subilada	7.400,00
Maria Perdomo	5.364.544	30/4/61	Hija			

Breve Descripción del Requerimiento: Solicita la adquisición de una silla de ruedas tipo cocha ortopédica a fin de ser utilizada por su madre quien presenta artrosis de columna, vertebral

Observaciones del Despacho:

 FIRMA DEL CIUDADANO (A)	 NOMBRE Y APELLIDO DEL FUNCIONARIO (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: 25/8/2015

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:			
Apellidos y Nombres: <u>Rendon Antigua Ana Rafaela</u>		C.I. N° <u>9.049.047</u>	
Lugar de Nacimiento: <u>Edo Trujillo</u>		Fecha de Nacimiento: <u>9/3/63</u>	
Edad: <u>52 años</u>	Estado Civil: <u>soltera</u>	Sexo: <u>F()</u> <u>M()</u>	Nacionalidad: <u>Venezolana</u>
Nivel de Instrucción: <u>Bachiller</u>	Profesión / Ocupación: <u>Secretaria II (Subalterna)</u>		Trabaja: <u>Si ()</u> <u>No ()</u>
Parentesco / Relación: <u>Hija</u>		Teléfonos: <u>0414/5590908</u>	
Dirección de Habitación: <u>Av. José Antonio Páez, sector 5, Vereda 21</u>			
DATOS DEL BENEFICIARIO:			
Apellidos y Nombres: <u>Antigua de Rendon Emilia del Carmen</u>		C.I. N° <u>5.755.274</u>	
Lugar de Nacimiento: <u>Edo Trujillo</u>		Fecha Nacimiento: <u>04/8/19</u>	
Edad: <u>96 años</u>	Estado Civil: <u>Viuda</u>	Sexo: <u>F()</u> <u>M()</u>	Nacionalidad: <u>Venezolana</u>
Nivel de Instrucción: <u>Analfabeta</u>	Profesión / ocupación: <u>Amas de casa</u>		Trabaja: <u>Si ()</u> <u>No ()</u>
Parentesco / relación: <u>madre</u>			
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 checked="" type="checkbox"/>	Sector: <u>5</u>	N° de Casa: <u>#20</u>
<u>José Antonio Páez</u>		<u>Vereda 21</u>	
Ciudad <input type="checkbox"/> Caserio <input type="checkbox"/>	Parroquia: <u>Guanae</u>	Municipio: <u>Guanae</u>	
<u>Guanae</u>	Estado: <u>Portuguesa</u>	Telefono de Habitación: <u>0</u>	Teléfono / Contacto: <u>0414/5590908</u>
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 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 checked="" type="checkbox"/> Platabanda <input type="checkbox"/> Tejas <input type="checkbox"/> Raso <input type="checkbox"/> Machihembrado <input checked="" type="checkbox"/> Asbesto <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
TENENCIA		SERVICIOS	
Propia <input checked="" type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Invasión <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			
Tlf Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Celular <input checked="" type="checkbox"/> Radio <input checked="" type="checkbox"/> Televisión <input checked="" type="checkbox"/> Cable <input checked="" type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			