



# RESUMEN ATENCIÓN MENSUAL

(Para todo tipo de pago y tipos de proyectos)

GOBIERNO DE CHILE  
SERVICIO NACIONAL DE MENORES

|     |       |     |      |
|-----|-------|-----|------|
| Mes | Junio | Año | 2009 |
|-----|-------|-----|------|

|                        |                                         |                  |              |
|------------------------|-----------------------------------------|------------------|--------------|
| Código Proyecto        | 1080458                                 | Región           | VIII BIO BIO |
| Nombre del Proyecto    | OPD - VALLE DEL SOL                     |                  |              |
| Nombre Institución     | ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLON        |                  |              |
| Sistema Asistencial    | LEY 20.032                              |                  |              |
| Modelo de Intervención | OPD - OFICINA DE PROTECCIÓN DE DERECHOS |                  |              |
| Tipo de Pago           | POR COBERTURA CONVENIDA                 | Tipo de Proyecto | O - OPD      |

## RESUMEN DEL MOVIMIENTO DE NIÑOS/AS EN EL MES (Para todo tipo de pagos y tipo de proyectos)

|     |                                                                                    |    | Femenino | Masculino | Total |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|-----------|-------|
| A - | Número de niños/as vigentes al último día del mes anterior                         | => | 35       | 34        | 69    |
| B - | Número de ingresos en el mes                                                       | => | 3        | 0         | 3     |
| C - | Número de egresos en el mes                                                        | => | 27       | 24        | 51    |
|     | Total niños(as)-adolescentes vigentes al último día del mes que se informa (A+B-C) | => | 11       | 10        | 21    |

TOTAL DÍAS ATENDIDOS (Para todos los tipos de pago y tipos de proyecto) - El total corresponde al total de días pagados a los proyectos que tienen como tipo de pago 'PAGO POR ATENCIÓN'

| Total Días (A) |      |       | Total Días Inasist. Injustificada (B) |      |       | Total Días Atendidos (A-B) |      |       |
|----------------|------|-------|---------------------------------------|------|-------|----------------------------|------|-------|
| FEM            | MASC | TOTAL | FEM                                   | MASC | TOTAL | FEM                        | MASC | TOTAL |
| 530            | 529  | 1.059 | 0                                     | 0    | 0     | 530                        | 529  | 1.059 |

Días atendidos corresponde a la suma de los días que cada niño/a estuvo en el transcurso del mes. Los datos se extraen del Registro de Atención correspondiente al mes.

## PAGO POR COBERTURA CONVENIDA

|                                           |   |
|-------------------------------------------|---|
| Núm. Intervenciones Exigidas (a lo menos) | 0 |
|-------------------------------------------|---|

## NÚMERO DE NIÑOS(AS) Y ADOLESCENTES CON MÁS, MENOS O IGUAL INTERVENCIONES QUE LAS EXIGIDAS

## TOTAL INTERVENCIONES REGISTRADAS

## TOTAL A PAGAR

|       | FEM | MASC | TOTAL |       | FEM | MASC | TOTAL |  | FEM | MASC | TOTAL |
|-------|-----|------|-------|-------|-----|------|-------|--|-----|------|-------|
| Más   | 0   |      | 0     | Total | 0   | 0    | 0     |  | 0   | 0    | 0     |
| Menos | 0   | 0    | 0     | Prom. | 0   | 0    | 0     |  |     |      |       |
| Igual | 0   | 0    | 0     |       |     |      |       |  |     |      |       |

Días Atendidos corresponde a la suma de los días que cada niño/a estuvo en el transcurso del mes. Los datos se extraen del Registro de Atenciones correspondientes al mes. Días a pagar según intervenciones, corresponde a la suma de los días de cada niño, calculados según el cumplimiento de las intervenciones que se le haya realizado. Total intervenciones corresponde a la suma de las intervenciones realizadas en el mes y el promedio corresponde a esta suma dividido por el total de niños atendidos.

Fecha Proceso del cierre del mes

Nombre y firma de la persona responsable de la información  
Timbre de la Entidad

## USO INTERNO DIRECCIÓN REGIONAL SENAME

## USO INTERNO ADMINISTRADOR NACIONAL

Timbre Director Regional

Fecha recepción en SENAME

Con Reliquidación  
Sin Reliquidación  
Fecha

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |