

SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

PROYECTO

FECHA

22

4

2021

día

mes

año

CODIGO DEL PROYECTO

6 5 5 9

COMUNA

PUERTO VARAS

NOMBRE DEL PROYECTO

O P D

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUERTO VARAS

INSTITUCION

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUERTO VARAS

Nota : Al nombre del proyecto debe anteceder la clasificación correspondiente, que está contenida en la Ficha de Datos Básicos.

PROYECTO NUEVO O CONTINUIDAD (Ver Códigos)

NUMERO DE PLAZAS

3 5 0 0

FACTOR EDAD

O

FAC. COBERTURA

A

POB. CONVENIDA

3 5 0 0

MODELO DE INTERVENCION

OPD

FACTOR DISCAPACIDAD

N A

FACTOR COMPLEJIDAD

N A

FACTOR ZONA

B

VIDA FAMILIAR

NA

RECURSOS COMPROMETIDOS

ANUAL

\$

68.512.450

Nota : El Factor Cobertura se utilizará en el caso de los centros residenciales. Para la línea OPD se deberá incorporar la población convenida en el recuadro correspondiente.

TERMINO DE PROYECTO (Ver Códigos)

NUMERO DE PLAZAS

FACTOR EDAD

FAC. COBERTURA

POB. CONVENIDA

MODELO DE INTERVENCION

FACTOR DISCAPACIDAD

FACTOR COMPLEJIDAD

FACTOR ZONA

VIDA FAMILIAR

RECURSOS LIBERADOS

ANUAL

\$

Nota : El Factor Cobertura se utilizará en el caso de los centros residenciales. Para la línea OPD se deberá incorporar la población convenida en el recuadro correspondiente.

CODIGOS

COBERTURA

P	Pequeña 0-20 plazas
B	Baja 21-40 plazas
M	Mediana 41-60 plazas
A	Alta más de 60 plazas

VIDA FAMILIAR

SI
NO

COMPLEJIDAD

CC	Con Complejidad
SC	Sin Complejidad

DISCAPACIDAD

DM	Discapacidad Mental Discreta o Moderada
FS	Discapacidad Fisica o Sensorial
GP	Discapacidad Mental Grave o Profunda

E D A D

L	Lactantes
P	Preescolares
M	Mayores
O	Otro

ZONA

A	0%
B	14%
C	28%
D	56%
E	84%
F	100%

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS



FIRMA Y TIMBRE DIRECTOR REGIONAL O DEPTO CORRESPONDIENTE