

**INFORME DE RESULTADOS APLICACIÓN ENCUESTAS SISTEMA DE
CONTROL DE RIESGO
ORASMI 2010**

▪ **Datos de identificación del Servicio:**

| | |
|--|--|
| Nombre del Servicio | INTENDENCIA REGION DE ATACAMA |
| Nombre Profesional responsable/ Cargo | MARTA CONTRERAS CORTES JEFE DEPTO. SOCIAL |
| Período informado (marcar opción) | <input checked="" type="checkbox"/> Primer semestre 2010 (al 30 de junio) <input type="checkbox"/> Segundo semestre 2010 (al 31 de Diciembre) |

A. Información por áreas de atención del Fondo ORASMI:

| ÁREA | N° Total de casos ingresados por área | N° Total de casos aprobados en el semestre | N° de casos encuestados por área | Monto Promedio de la ayuda | Promedio del N° de días transcurridos entre la solicitud y la entrega del beneficio |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------|---|
| Salud | 20 | 16 | 2 | 100.000 | 1/2 |
| Vivienda | 11 | 8 | 1 | 60.000 | 3 |
| Educación | 14 | 11 | 1 | 45.000 | 3 |
| Capacitación e Inserción laboral | 1 | 1 | 1 | 18.944 | 2 |
| Asistencia Social | 103 | 95 | 5 | 29.400 | 2 |
| Discapacidad | | | | | |
| TOTAL | 149 | 131 | 10 | 253.344 | |

B. Detalle solicitud beneficios

| Procedencia | N° | % |
|-----------------------------|----|-----|
| Concejales | | |
| Demanda Espontánea | 5 | 5% |
| Empresas Privadas | | |
| Fundaciones y corporaciones | 1 | 10% |
| Gabinetes de Gobierno | 1 | 10% |
| Gobernaciones Provinciales | | |
| Intendencias Regionales | | |
| Municipalidades | 1 | 10% |
| Parlamentarios | | |
| Servicios de Salud | 2 | 20% |
| Servicios Públicos | | |
| Presidencia | | |
| Instituciones Educativas | | |
| Otros | | |

C. En relación al Sistema de Protección Social:

| Consulta | SÍ | | NO | |
|---|----|------|----|---|
| | N° | % | N° | % |
| ¿Es integrante del programa Puente? | 1 | 10% | | |
| ¿Es beneficiario del Sistema Chile Solidario? | 4 | 40% | | |
| NO pertenece al sistema de protección social | 5 | 50% | | |
| TOTAL | 5 | 100% | | |

**D. En relación al género:
Beneficiarias(os) encuestadas (as)**

| Sexo | N° | % |
|--------------|----|------|
| Hombres | 2 | 20% |
| Mujeres | 8 | 80% |
| TOTAL | 10 | 100% |

E. Satisfacción Usuario:

| Preguntas | Alternativas de Respuesta | N° | % |
|---|---------------------------|----|------|
| 1.- El tiempo de espera para la respuesta final a su solicitud fue: | Mucho | | |
| | Adecuado | 3 | 30% |
| | Poco | 7 | 70% |
| 2.- Considera que el horario de atención del servicio es conveniente: | Si | 10 | 100% |
| | No | | |
| 3.- ¿Ud. siente que le resolvieron el problema que originó su petición? | Si | 9 | 90% |
| | No | 1 | 10% |
| 4.- La calidad de la ayuda es/fue: | Muy Buena | 10 | 100% |
| | Buena | | |
| | Regular | | |
| | Mala | | |
| 5.- Se atendió con algún Asistente Social del Dpto. Social: | Si | 9 | 90% |
| | No | 1 | 10% |
| 5.1.- Si la respuesta es afirmativa; Señale si la atención recibida por el/la Profesional fue: | Muy Buena | 7 | 70% |
| | Buena | 2 | 20% |
| | Regular | | |
| | Mala | | |
| 5.2.- Si la respuesta es negativa; Señale si la atención recibida en el Departamento Social fue: | Muy Buena | 1 | 10% |
| | Buena | | |
| | Regular | | |
| | Mala | | |
| 6.- Fue informado por este Departamento del proceso que seguiría su ayuda, y la documentación necesaria para poder cursar el beneficio: | Si | 10 | 100% |
| | No | | |

- **Análisis de datos por temas tabulados:**

A.-

.....
.....
.....
.....

B.-

.....
.....
.....
.....

C.-

.....
.....
.....
.....

D.-

.....
.....
.....
.....

E.-

.....
.....
.....
.....

- **Se agradecerá detallar situaciones irregulares o riesgos detectados, en relación a los beneficios aprobados. Ejemplo: incumplimiento de proveedores, mala calidad de productos, venta de artículos por parte de los beneficiarios u otros.**

.....
.....Sin observaciones.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....