

## SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

Su solicitud ha sido ingresada al **Portal de Transparencia del Estado para el organismo Servicio de Salud Bío-bío** con fecha **05/10/2021** con el N°: **AO029T0001267**. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico **dssmagallanes@fenpruss.cl**



La fecha de entrega de la respuesta es el **04/11/2021** (el plazo para recibir una respuesta es de **20 días hábiles**). Le informamos que durante este proceso el organismo **Servicio de Salud Bío-bío** podría solicitar una prórroga de máximo **10 días hábiles** para dar respuesta a su solicitud.

En caso que su solicitud de información no sea respondida en el plazo de veinte (20) días hábiles, o sea ésta denegada o bien la respuesta sea incompleta o no corresponda a lo solicitado, en aquellos casos que la ley lo permite usted podrá interponer un reclamo por denegación de información ante el Consejo para la Transparencia [www.consejotransparencia.cl](http://www.consejotransparencia.cl) dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la notificación de la denegación de acceso a la información, o desde que haya expirado el plazo definido para dar respuesta.

Para las solicitudes presentadas a organismos autónomos como por ejemplo Poder Judicial, Contraloría General de la República y el Congreso Nacional el procedimiento de reclamos se describe [en el siguiente enlace](#).

Podrá conocer el estado de su solicitud en este portal ingresando el **Código identificador de tu solicitud: AO029T0001267** y también ingresando con tus datos al portal de ciudadano.

## DATOS INGRESADOS PARA SU SOLICITUD

Solicitud de información	
A quien dirige su solicitud	Servicio de Salud Bío-bío
Región	Región del Biobío
Vía de recepción de solicitud	Correo electrónico
Correo electrónico	dssmagallanes@fenpruss.cl
Correo electrónico notificaciones	dssmagallanes@fenpruss.cl
Solicitud	<p>Estimados, Solicito información respecto a todos los profesionales contratados (incluir todas las calidades contractuales; (Contratas, Titulares, Honorarios, Suplentes, etc) que se desempeñan en las Unidades de Pacientes Críticos (UPC) Adulto, Pediátrico y Neonatal del Servicio de Salud. y que dependen administrativamente de las UPC y además incluir todos aquellos que prestan servicios en UPC, con horas asignadas, pero cuya dependencia administrativa sea de otra unidad, como por ejemplo dependencia de unidades de medicina Física y Rehabilitación.</p> <p>Frente a lo anterior, solicito la información indicada a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Servicio de Salud</li><li>2. Establecimiento</li><li>3. Apellido Paterno</li><li>4. Apellido Materno</li><li>5. Nombres</li><li>6. Sexo</li><li>7. Indicar Título Profesional: Enfermero/a, Kinesiólogo/a, Matrón/a, Enfermero-Matrón, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogos, Trabajador social u otros con funciones, asignadas a UPC, aunque la dependencia administrativa</li></ol>

	<p>corresponda a otras Unidades o Servicios.</p> <p>8. Indicar Calidad Jurídica: Titular, Contrata, Honorarios, Suplente o Contrata de Reemplazo</p> <p>9. Indicar Modalidad Jornada laboral: Diurno, Cuarto turno, Tercer Turno</p> <p>10. Indicar Grado actual según EUS:</p> <p>11. Indicar horas contrato: 44, 22, 11 horas semanales u otra</p> <p>12. Indicar el Tipo UPC donde realiza sus laborales: Adulto, Pediátrica o Neonatal</p> <p>13. Indicar la unidad de UPC donde realiza sus labores: UCI o UTI</p> <p>14. Indicar Unidad dependencia administrativa: UPC, Medicina Física y Rehabilitación u otra</p> <p>15. Indicar si cumple totalidad de jornada laboral en UPC: si/no</p> <p>16. Si cumple jornada parcial en UCP, indicar el tipo de jornada en horas: 22, 11 horas semanales u otra.</p> <p>17. "Antigüedad en el Servicio (Considera todas las calidades jurídicas) Ej:4 años 6 meses 1 día" al 01/09/2021</p>
Observaciones	Adjunto formato Excel, para completar información solicitada.
Archivos adjuntos	Formato_Informacion_Profesionales_Unidad_Paciente_Critico.xlsx
Soporte deseado	Electrónico
Formato deseado	Excel
Solicitante inicia sesión en Portal	NO
Forma de recepción de la solicitud	Vía electrónica
Otro formato de entrega	

Datos del solicitante	
Persona	Jurídica
Nombre o Razón social	asociación de funcionarios universitarios profesionales de la dirección del servicio de salud magallanes
Rut	65189162-0

Datos del apoderado	
Nombre	
Apellido Paterno	
Apellido Materno	

Dirección	
Calle	
Numero	
Departamento	
País	
Región	
Comuna	
Teléfono de contacto	988375322

<b>Dirección envío de respuesta</b>	
Calle	
Numero	
Departamento	
País	
Región	
Comuna	