



DPTO. GESTIÓN PÚBLICA
UNIDAD PARTICIPACIÓN CIUDADANA
MCA/RSC/JGC/PVY/MDS/LGU/Igu

[Handwritten signature]

02366

ORD. N° _____

ANT. : AO029T0000038

MAT. : Responde Solicitud de Transparencia

LOS ANGELES, 06 OCT. 2016

DE: DIRECTORA SERVICIO DE SALUD BIOBÍO
A : SEÑOR CRISTIAN ROCCO MUÑOZ
roccoanestesia@gmail.com

Junto con saludar, informo a usted que hemos recibido su Solicitud de Transparencia, con fecha 8 de septiembre del año en curso, Folio AO029T0000038 en la cual solicita información de registro de notificación de eventos adverso y eventos centinelas, desde que se empezó a pedir esta notificación como parte de la acreditación de instituciones de salud.

En relación a su solicitud, informamos a usted que a la fecha contamos con el 83% de nuestros establecimientos de la red asistencial Biobío acreditados, de esos, cinco Hospitales son de baja complejidad y uno es de alta complejidad. El total de eventos adversos notificados hasta el 31 de agosto del presente año suman un total de 442, y el total de eventos centinelas notificados llegan a 17, estando estos últimos todos con sus respectivos análisis.

Sin otro particular, le saluda atentamente,



[Handwritten signature of Marta Caro Andía]
MARTA CARO ANDÍA
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD BIOBÍO

De no encontrarse conforme con la respuesta precedente, en contra de esta resolución usted podrá interponer amparo a su derecho de acceso a la información ante el Consejo para la Transparencia dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde la notificación de la misma.

Ord. N° *355/30.09.2016

DISTRIBUCIÓN:

- La indicada

C.c.:

- Archivo dirección SS.BB
- Archivo OIRS SS.BB
- Oficina de Partes

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

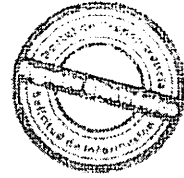
Su solicitud ha sido ingresada al Portal de Transparencia del Estado para el organismo Servicio de Salud Bío-bío con fecha 08/09/2016 con el N°: AO029T0000038. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico roccoanestesia@gmail.com

La fecha de entrega de la respuesta es el 07/10/2016 (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 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: AO029T0000038 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 | VIII Región del Biobío |
| Vía de recepción de solicitud | Correo electrónico |
| Correo electrónico | roccoanestesia@gmail.com |
| Solicitud | Necesito información de registro de notificación de eventos adversos y eventos centinelas, desde que se empezó a pedir esta notificación como parte de la crepitación de instituciones de salud |
| Observaciones | |
| Archivos adjuntos | AO001T0001753.pdf |
| Formato deseado | PDF |
| Solicitante inicia sesión en Portal | NO |
| Forma de recepción de la solicitud | Vía electrónica |

| Datos del solicitante | |
|-----------------------|----------|
| Persona | Natural |
| Nombre o Razón social | CRISTIAN |
| Apellido Paterno | ROCCO |
| Apellido Materno | MUÑOZ |

| Datos del apoderado | |
|---------------------|--|
| Nombre | |
| Apellido Paterno | |
| Apellido Materno | |

| Dirección | |
|--------------|--|
| Calle | |
| Numero | |
| Departamento | |
| Región | |
| Comuna | |