



DPTO. GESTIÓN PÚBLICA
UNIDAD PARTICIPACIÓN CIUDADANA
FVU/PPY/LGU/lgu

000649

ORD. N° _____

ANT. : AO029T0000555

MAT. : Informa derivación Solicitud de Transparencia

LOS ÁNGELES, 14 MAR. 2019

DE: DIRECTOR(S) SERVICIO DE SALUD BIOBÍO

**A: DIRECTOR DEL COMPLEJO ASISTENCIAL "DR. VICTOR RÍOS RUIZ"
LOS ÁNGELES**

Con fecha 08 de marzo del año en curso, se ha recibido la solicitud de información pública folio AO029T0000555, de la cual se adjunta copia.

Dado que, de una revisión preliminar, se ha podido determinar que se trata de una materia que de acuerdo al Ordenamiento Jurídico debiese conocer vuestro establecimiento, a través del presente Oficio efectuamos la derivación a que alude el artículo 13 de la Ley de Transparencia de la función pública y de Acceso a la información de la administración del Estado.

A su vez por este mismo acto, procedemos a notificar la presente derivación al solicitante de información, poniendo en su conocimiento que la encargada de transparencia del órgano derivado es Doña Ericka Muñoz Vásquez.

Saluda atentamente a usted,



DR. FERNANDO VERGARA URRUTIA
DIRECTOR(S)
SERVICIO DE SALUD BIOBÍO

Ord. N°135/13.03.2019

DISTRIBUCIÓN:

- La indicada

C.c.:

- Sra. Carla Fierro, carla.fierro@ssconcepcion.cl
- Encargada de Transparencia Pasiva CAVRR, Sra. Ericka Muñoz Vásquez
- 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 **08/03/2019** con el N°: **AO029T0000555**. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico **carla.fierro@ssconcepcion.cl**



La fecha de entrega de la respuesta es el **05/04/2019** (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: AO029T0000555** 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	carla.fierro@ssconcepcion.cl
Solicitud	<p>Junto con saludar, quisiera solicitar los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registro total de pacientes adulto y pediátrico del Servicio de Salud Bio Bio, con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica Terminal en hemodiálisis y peritoneodiálisis, segmentados por edad, sexo, comuna de residencia, tipo de actividad (estudiante, trabajador, jubilado) y nivel de escolaridad. - Registro total de pacientes adulto y pediátrico del Servicio de Salud Bio Bio, con Diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica, segmentados por tipo (I a V). - Registro de población perteneciente al SS Bio Bio en control en el Programa de salud cardiovascular (PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO, CLASIFICACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR). - Registro total de pacientes adulto y pediátrico que reciben terapia de sustitución renal en prestadores institucionales públicos (indicar nombre del o los centros en convenio). - Registro total de pacientes adulto y pediátrico derivados a centros privados para hemodiálisis y peritoneodiálisis (indicar nombre del o los centros en convenio). - Tipo de transporte utilizado para el traslado de los pacientes que reciben terapia

	de sustitución renal. Todo lo anterior, para el período comprendido entre el 01 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2018
Observaciones	Dichos datos serán utilizados con fines académicos (elaboración de tesis para Magíster en Administración de Instituciones de Salud, Universidad Finis Terrae). Nuestra investigación se enfocará en la evaluación de proyecto: Instalación Centro de Diálisis público para el Servicio Salud Bio Bio. Favor adjuntar datos en formato Excel.
Archivos adjuntos	image.png
Formato deseado	Excel
Solicitante inicia sesión en Portal	SI
Forma de recepción de la solicitud	Vía electrónica

Datos del solicitante	
Persona	Natural
Nombre o Razón social	Carla
Apellido Paterno	Fierro
Apellido Materno	Mella

Datos del apoderado	
Nombre	
Apellido Paterno	
Apellido Materno	

Dirección	
Calle	
Numero	
Departamento	
Región	Región del Biobío
Comuna	CHIGUAYANTE