



DPTO. GESTIÓN PÚBLICA
UNIDAD PARTICIPACIÓN CIUDADANA
MCA/RSC/JGC/MPS/PVY/LGU/dgh

001474

ORD. N° _____/

ANT. : Solicitud de transparencia AO029T0000357

MAT. : Responde Solicitud de transparencia

LOS ÁNGELES, 29 MAY 2018

DE: DIRECTORA SERVICIO DE SALUD BIOBÍO

A: SEÑOR JOSÉ LUIS MORA OSSES
morajl.86@gmail.com

Junto con saludar, informar que hemos recibido su solicitud de transparencia, folio AO029T0000357, ingresada con fecha 16 de abril del año en curso, en la cual solicita lo siguiente, en tenor literal: "Estimados, solicito el número de atenciones realizadas por concepto de accidente escolar y del trabajo, segregados por sexo, edad, parte del cuerpo afectado, diagnostico, localización del paciente (comuna), establecimiento que presta la atención durante los años 2010 a la fecha. Además indicar el estado de seguimiento del tratamiento realizado (si es que hubo apelación por parte del paciente)".

En relación a lo requerido, cabe señalar que contamos con información desde el año 2013 en adelante, por lo cual, adjunto envío a usted planillas en formato PDF, respecto a Accidentes Escolares y Laboral desglosado por sexo, comuna, y establecimientos dependientes del Servicio de Salud Bío Bío.

Saluda atentamente a usted,




DRA. 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°234/25.05.2018

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 **16/04/2018** con el N°: **AO029T0000357**. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico **morajl.86@gmail.com**

La fecha de entrega de la respuesta es el **15/05/2018** (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: AO029T0000357** 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	morajl.86@gmail.com
Solicitud	Estimados, solicito el número de atenciones realizadas por concepto de accidente escolar y del trabajo, sagregados por sexo, edad, parte del cuerpo afectado, diagnostico, localización del paciente (comuna), establecimiento que presta la atención durante los años 2010 a la fecha. Además indicar el estado de seguimiento del tratamiento realizado (si es que hubo apelación por parte del paciente).
Observaciones	
Archivos adjuntos	4691.pdf ACUSEDERECIBO_AO001T0004691.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	José Luis
Apellido Paterno	Mora
Apellido Materno	Osses

Datos del apoderado	
Nombre	
Apellido Paterno	
Apellido Materno	

Dirección	
Calle	
Numero	
Departamento	
Región	
Comuna	