



DPTO. GESTIÓN PÚBLICA
UNIDAD PARTICIPACIÓN CIUDADANA
JRV/RSC/LGU/lgu

00310

ORD. N° _____

ANT. : AO029T0000104

MAT. : Responde Solicitud de Transparencia

LOS ANGELES, 15 FEB. 2017

DE: DIRECTOR(S) SERVICIO DE SALUD BIOBÍO

A : SEÑOR CRISTIAN ASCENCIO
Cristianascencio006@gmail.com

Junto con saludar, informamos a usted que con fecha 09 de febrero del año en curso, el Servicio de Salud Biobío recibió Solicitud de Transparencia Folio N° AO029T0000103, en la cual requiere lo siguiente en tenor literal: "Solicito acceso a la información sobre los montos pagados por el Minsal en casos de negligencia médica, judicializados y no judicializados, desde el 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre 2015. Información debe incorporar: Hospital o recinto asistencial donde se generó la denuncia de negligencia, fecha de la denuncia de negligencia, tipo de negligencia, si corresponde a un caso judicializado o conciliación, monto pagado".

En relación a su solicitud, es preciso señalar que no existe registro en el Servicio de Salud Biobío de denuncia por negligencia médica entre el 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015.

Sin otro particular, le saluda atentamente,




JORGE RODRIGUEZ VALENZUELA
DIRECTOR(S)
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° 55/13.02.2017

DISTRIBUCIÓN:

- La indicada

C.c.:

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

Depto. Gestión Pública

Unidad Gestión de Usuarios

Av. Ricardo Vicuña 147 Interior, Edificio Estacionamientos, Piso 4, Los Ángeles
Anexo Minsal 432445 – Fono 332445 Email: mariela.cabezas@ssbiobio.cl

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

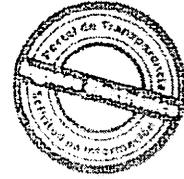
Su solicitud ha sido ingresada al **Portal de Transparencia del Estado** para el organismo **Servicio de Salud Bío-bío** con fecha **09/02/2017** con el N°: **AO029T0000104**. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico **cristianascencio006@gmail.com**

La fecha de entrega de la respuesta es el **09/03/2017** (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: AO029T0000104** 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	cristianascencio006@gmail.com
Solicitud	Solicito acceso a la información sobre los montos pagados por el Minsal en casos de negligencia médica, judicializados y no judicializados, desde el 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015. Información debe incorporar: Hospital o recinto asistencial donde se generó la denuncia de negligencia, fecha de la denuncia de negligencia, tipo de negligencia, si corresponde a un caso judicializado o conciliación, monto pagado.
Observaciones	
Archivos adjuntos	
Formato deseado	Excel
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	ASCENCIO
Apellido Materno	

Datos del apoderado	
Nombre	
Apellido Paterno	
Apellido Materno	

Dirección	
Calle	
Numero	
Departamento	
Región	
Comuna	