

A

Dirección Participación Social y OIRS Ord. N 081 14-96-2019

ANT.: Solicitud de Información Folio AO008T0000418 Ley de Transparencia N° 20.285.

MAT.: Deriva solicitud de Información a la Dirección de

Salud de la I. Municipalidad de Recoleta

SANTIAGO,

1 9 JUN 2019

DE DR. JUAN MAASS VIVANCO

DIRECTOR (S)

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

DRA. MARÍA EUGENIA CHADWICK SENDRA

DIRECTORA DE SALUD

I. MUNICIPALIDAD DE RECOLETA

Mediante el presente Ordinario informo a usted que se ha recibido la Solicitud de Acceso a la Información, numerada con el folio AO008T0000418, la cual se adjunta, y que señala lo siguiente:

"Solicito en formato de plantilla excel la cantidad una lista detallada que indique la cantidad de profesionales, el nombre, y la cantidad de consultas que han realizado en los Cosam los psicólogos especialistas en atención infantil."

En virtud de lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley N° 20.285, de Transparencia y Acceso a la Información de los Organismos del Estado y, en virtud que la documentación requerida no obra en poder de esta Dirección de Servicio, se deriva a la Institución que Ud. dirige para que, dentro de sus facultades y atribuciones, analice el requerimiento y otorgue respuesta.

Se envía copia de la presente comunicación a la persona requirente, con la finalidad de notificarle que su solicitud fue derivada a vuestra Institución, que le dará respuesta en los términos que establece la Ley N°

En caso que su solicitud de información no sea respondida en el plazo de veinte (20) días hábiles, o Ud. estime que la respuesta no se ajusta a derecho dispone de un plazo de quince (15) días hábiles, contado desde la fecha de recepción de este ordinario por parte de la institución destinataria, para interponer un reclamo ante el Consejo para la Transparencia www.consejotransparencia.cl

Saluda atentamente a usted.

O DE SALUD METROPOL ASS VIVANCO DIRECTOR (S) DE SALUD METROPOLITANO NORTE

## **DISTRIBUCIÓN:**

- Dirección de Salud I. Municipalidad de Recoleta.
  Fernanda Valdenegro Ávila (fda.valdenegro@gmail.com)
- Dirección SSMN.
- · Participación Social y OIRS SSMN.
- Oficina de Partes SSMN

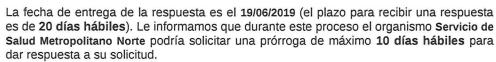
Marud #272, Independencia Santiago, Chile Fono (56-2) 2575 8522

www.ssmn.cl

**ADJUNTA ANTECEDENTES** OFICINA DE PARTES S.S.M.N.

## SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

Su solicitud ha sido ingresada al Portal de Transparencia del Estado para el organismo Servicio de Salud Metropolitano Norte con fecha 21/05/2019 con el N°: AO008T0000418. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico fda.valdenegro@gmail.com





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 <u>en el siguiente enlace</u>.

Podrá conocer el estado de su solicitud en este portal ingresando el **Código** identificador de tu solicitud: AO008T0000418 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 Metropolitano Norte	
Región	Región Metropolitana de Santiago	
Vía de recepción de solicitud	Correo electrónico	
Correo electrónico	fda.valdenegro@gmail.com	
Solicitud	Solicito en formato de plantilla excel la cantidad una lista detallada que indique la cantidad de profesionales, el nombre, y la cantidad de consultas que han realizado en los Cosam los psicólogos especialistas en atención infantil.	
Observaciones		
Archivos adjuntos		
Formato deseado	PDF	
Solicitante inicia sesión en Portal	SI	
Forma de recepción de la solicitud	Vía electrónica	

Datos del solicitante		
Persona	Natural	
Nombre o Razón social	Fernanda	
Apellido Paterno	Valdenegro	
Apellido Materno	Ávila	

Datos del apoderado		
Nombre		
Apellido Paterno		
Apellido Materno		

Dirección		
Calle		
Numero		
Departamento		
Región	Región Metropolitana de Santiago	
Comuna	PUDAHUEL	