



# SOLICITUD DE ACCESO DE INFORMACION PUBLICA LEY N.º 20.285

FOLIO: 04/2017

<b>INSTRUCCIONES: COMPLETE EL FORMULARIO CON LETRA IMPRENTA CLARA</b>
<small>* Datos Obligatorios</small>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE</b> (datos Obligatorios, Art. 12 de la Ley N.º 20.285).
<b>NOMBRE Y APELLIDO (S) O RAZON SOCIAL</b> (SI Corresponda) * Mariabelén Briones Campillay
<b>NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO</b> (si Corresponde)
<b>DIRECCION</b> (Postal o Electrónico ) (Datos Obligatorios Art. 12 de la Ley N.º 20.285) * mbriones1@uc.cl
<b>TELEFONO</b> ( Fijo O Celular)(OPCIONAL Art. 27 del Reglamento Ley 20.285)
<b>INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD</b>
<b>NOMBRE LA DE IDENTIDAD A LA QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD</b> (sector) * Departamento de Salud
<b>Identificación de los documentos solicitados. Señalando la materia, fecha de emisión o periodo de vigencia del documento, origen o estilo, soporte, etc. ( si requiere más espacio puede adjuntar una hoja) *</b>  En virtud de la ley 20.285 solicito el número total de personas atendidas por alguna de las 4 patologías de salud mental cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud AUGE-GES: esquizofrenia, depresión en personas de 15 años y más, consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años, y trastorno bipolar en personas de 15 años; desde enero de 2016 a agosto de 2016 especificando cuántas personas se atienden en cada centro de salud (identificando el centro por su nombre) y señalando el diagnóstico de la atención (depresión, esquizofrenia, bipolaridad o adicciones) en los siguientes centros de salud:  CESFAM Lampa Consultorio Juan Pablo II COSAM Lampa COSAM Batuco
En caso de que alguno de estos centros no dependa de ustedes, se solicita indicarlo cuando corresponda.  Solicito la información de acuerdo al principio de divisibilidad, establecido en el artículo 11 de la ley 20.285, que indica que si un acto administrativo contiene información que puede ser conocida, e información que debe denegarse en virtud de causa legal, se dará acceso a la primera y no a la segunda.
<b>Observaciones</b> (opcional, Instrucción General N.º 10) Se adjunta Excel de ejemplo

Comentario [CMV1]:



# SOLICITUD DE ACCESO DE INFORMACION PUBLICA LEY N.º 20.285

<b>NOTIFICACION</b> (Marque con una X especificique)*	
Deseo Ser Notificado Por Correo Electrónico * SI: X	NO <input type="checkbox"/>
E-Mail: <u>mbriones1@uc.cl</u>	
<b>FORMA DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA</b> (Marque con una X)	
X Enviar por Correo Electrónico <input type="checkbox"/>	Retiro en Oficinas <input type="checkbox"/>
Especificar : _____	
<b>FORMATO DE RESPUESTA:</b> PDF <input type="checkbox"/> WORD <input type="checkbox"/> EXCEL: X	
* EN CASO DE SOLICITAR LA INFORMACION POR UN MEDIO EXTRAIBLE SEA PENDRIVE O CD, ESTA INFORMACION DEBE SER ENTREGADO EN UN FORMATO CERRADO.	
FECHA : 15-12-2016	

## DATOS LLENADOS POR LA INSTITUCIÓN QUE RECIBE EN CASO DE TRAMITE PRESENCIA

<b>FORMATO DE ENTREGA</b> (Marque con una X)		FOLIO:
Copia en Papel: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Formato Electrónica Digital: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Retiro en Oficina: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<b>FIRMA SOLICITANTE O APODERADO</b>		<b>TIMBRE</b>
FECHA:		

CANTIDAD DE PACIENTES GES SALUD MENTAL DE ENERO A AGOSTO DE 2016					
Nombre establecimiento	Cantidad de pacientes GES Esquizofrenia	Cantidad de pacientes GES depresión	Cantidad de pacientes GES dependencia	Cantidad de pacientes GES bipolaridad	
CESFAM Ossandon	5	103	2	22	
CESFAM Lampa					
Consultorio Juan Pablo II					
COSAM Batuco					

EJEMPLO

Ord.: 48/2017.-

Ant.: Solicitud de Información.-  
Mat.: Respuesta a Solicitud de  
Información Transparencia

Lampa, a 23 de febrero de 2017

Nombre	<b>MARIA BELEN BRIONES CAMPILAY</b>
Dirección	No indica
Mail	mbriones1@uc.cl

### Información Solicitada

Con respecto a la solicitud de información realizada por Ud. bajo el N.º 004/2017, a nuestra Corporación de Desarrollo Social de Lampa, por medio de la Ley de Transparencia, solicitando lo siguiente :

“En virtud de la Ley N.º 20.285 solicito el número total de personas atendidas por algunas de la 4 patologías de salud mental cubiertas por las garantías explícitas en Salud mental cubiertas por las garantías en salud AUGE-GES: esquizofrenia, depresión en personas de 15 años y más, consumo perjudicial o dependientes de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años, y trastornos bipolares en personas de 15 años; desde enero de 2016 a agosto de 2016 especificando cuantas personas se atienden en cada centro de salud (identificando el centro por su nombre) y señalando el diagnóstico de la atención ( depresión, esquizofrenia, bipolaridad o adicciones) en los siguientes centros de salud:

- CESFAM Lampa
- Consultorio Juan Pablo II de Lampa
- COSAM Batuco

En caso de que alguno de estos centro no dependa de ustedes, se solicita indicar cuando corresponda

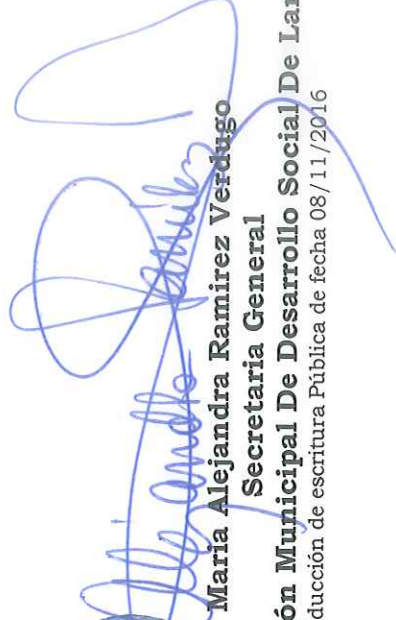
Solicito la información de acuerdo al principio de divisibilidad, establecido en el artículo 11 de la Ley 20. 285, que indica que si un acto administrativo contiene información que puede ser conocida, e informada que debe denegarse en virtud de causa legal, se dará acceso a la primera y no a la segunda”

### **Respuesta**

Con respecto a lo solicitado por Ud. a nuestra Corporación Municipal de Desarrollo Social de solicitud ingresada bajo el N.º 004/17, de fecha 17 de enero de 2017, nos permite comunicar que su solicitud fue contestada por el Subdirector de Salud de nuestra Corporación, indicando que las atenciones del COSAM de Batuco se consolidan en el de lampa.  
La respuesta que se adjunta, se encuentra en formato Excel según lo indicado .

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud



  
**Maria Alejandra Ramirez Verdugo**  
**Secretaria General**

**Corporación Municipal De Desarrollo Social De Lampa**

Según Reducción de escritura Pública de fecha 08/11/2016

ARV/gpg

Distribución

- Interesado
- Archivo.



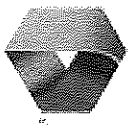
CORPORACION  
L A M P A

# SOLICITUD DE ACCESO DE INFORMACION PUBLICA LEY N.º 20.285

09/06/17

**TRANSPARENCIA**  
**17 ENE. 2017**  
Corporación Municipal de  
Reserva Social de Lampa

<b>FOLIO :</b>	
<b>INSTRUCCIONES: COMPLETE EL FORMULARIO CON LETRA IMPRENTA CLARA</b>	
<b>IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE</b> (datos Obligatorios, Art. 12 de la Ley N.º 20.285).	* Datos Obligatorios
<b>NOMBRE Y APELLIDO (S) O RAZON SOCIAL</b> (si Corresponda ) * Mariabelén Briones Campillay	
<b>NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO</b> (Si Corresponde)	
<b>DIRECCION</b> (Postal o Electrónico ) (Datos Obligatorios Art. 12 de la Ley N.º 20.285) *	
mbriones1@uc.cl	
<b>TELEFONO</b> ( Fijo O Celular)(OPCIONAL Art. 27 del Reglamento Ley 20.285)	
<b>NOMBRE LA DE IDENTIDAD A LA QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD</b> (sector) *	
Departamento de Salud	
<b>Identificación de los documentos solicitados. Señalando la materia, fecha de emisión o período de vigencia del documento, origen o estilo, soporte, etc. ( si requiere más espacio puede adjuntar una hoja) *</b>	
En virtud de la ley 20.285 solicito el número total de personas atendidas por alguna de las 4 patologías de salud mental cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud AUGE-GES: esquizofrenia, depresión en personas de 15 años y más, consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años, y trastorno bipolar en personas de 15 años; desde enero de 2016 a agosto de 2016 especificando cuántas personas se atienden en cada centro de salud (identificando el centro por su nombre) y señalando el diagnóstico de la atención (depresión, esquizofrenia, bipolaridad o adicciones) en los siguientes centros de salud:	
CESFAM Lampa Consultorio Juan Pablo II COSAM Batuco	
En caso de que alguno de estos centros no dependa de ustedes, se solicita indicarlo cuando corresponda.	
Solicito la información de acuerdo al principio de divisibilidad, establecido en el artículo 11 de la ley 20.285, que indica que si un acto administrativo contiene información que puede ser conocida, e información que debe denegarse en virtud de causa legal, se dará acceso a la primera y no a la segunda.	
<b>Observaciones</b> (opcional, Instrucción General N.º 10)	
Se adjunta Excel de ejemplo	



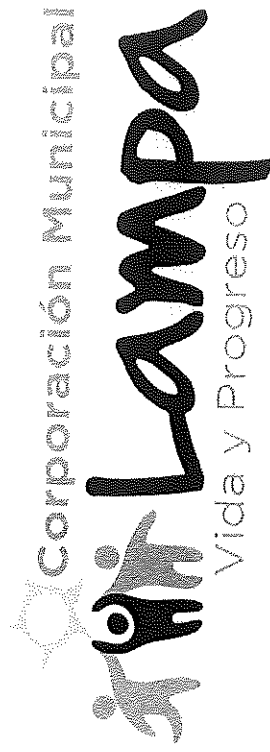
CORPORACION  
L A M P A

# SOLICITUD DE ACCESO DE INFORMACION PUBLICA LEY N.º 20.285

NOTIFICACION (Marque con una X especifique)*	
Deseo Ser Notificado Por Correo Electrónico * Si: x	NO <input type="checkbox"/>
E-Mail: <u>mbriones1@uc.cl</u>	
FORMA DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA ( Marque con una X)	
X Enviar por Correo Electrónico <input type="checkbox"/>	Retiro en Oficinas <input type="checkbox"/>
Especificar : _____	
FORMATO DE RESPUESTA: PDF <input type="checkbox"/> WORD <input type="checkbox"/> EXCEL: X	
* EN CASO DE SOLICITAR LA INFORMACION POR UN MEDIO EXTRAIBLE SEA PENDRIVE O CD, ESTA INFORMACIÓN DEBE SER ENTREGADO EN UN FORMATO CERRADO.	
FECHA : 15-12-2016	

## DATOS LLENADOS POR LA INSTITUCIÓN QUE RECIBE EN CASO DE TRAMITE PRESENCIA

FOLIO:	
FORMATO DE ENTREGA (Marque con una X)	
Copia en Papel: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Formato Electrónica Digital: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Retiro en Oficina: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FIRMA SOLICITANTE O APODERADO	TIMBRE
FECHA:	



**NUMERO DE PERSONA ATENDIDAS EN LAS SIGUIENTES PATOLOGIAS  
DETAJADAS POR CENTRO DE SALUD**

**COSAM**

<b>PATOLOGIAS Enero a Agosto 2016</b>	<b>N.° PERSONAS</b>
Depresion	167
Esquizofrenia	4
Consumo Riesgoso de Alcohol	20
Trastorno Bipolar	23

**BAUZA**

<b>PATOLOGIAS Enero a Agosto 2016</b>	<b>N.° PERSONAS</b>
Depresion	442
Esquizofrenia	1
Consumo Riesgoso de Alcohol	0
Trastorno Bipolar	6

**JUAN PABLO II**

<b>PATOLOGIAS Enero a Agosto 2016</b>	<b>N.° PERSONAS</b>
Depresion de	26
Esquizofrenia	1
Consumo Riesgoso de Alcohol	0
Trastorno Bipolar	0