

1. DATOS DEL SOLICITANTE.

Nombres y Apellidos: Domingo Mendoza
Tipo de Documento: ☐ CIN° ☐ Otro (especifique):
Organización: Superintendencia de Salud
Domicilio: Ucal. Estigarribia N° 1023
Ciudad: Asunción Telef./Celular: 228570 Correo electrónico: www.supsalud.org.py

2. DOCUMENTO SOLICITADO.

Marque con una "X" la información solicitada

☐	Ley	☐	Resultado de votaciones
☐	Resolución	☐	Diario de Sesiones
☐	Proyecto de Ley	☐	Expediente del Proyecto
☐	Dictamen de Comisión	☒	Otros Copia de Contratos de Servicios Medicos

2.1. Para un mejor servicio completar al menos uno de los datos requeridos:

a.) Número: Año de Promulgación:
Acápita y/o nombre popular: Copia de Contrato/ os de Servicios Medicos
vigentes entre el Congreso Nacional y los entidades de
Medicina Pre-Paga.
b.) Número: Año de Promulgación:
Acápita y/o nombre popular:
c.) Número: Año de Promulgación:
Acápita y/o nombre popular:

3. PREFERENCIA DE ENTREGA.

Marque con una "X" su preferencia

☒	Copia simple	☐	Correo electrónico
☐	Copia autenticada	☐	Soporte Magnético (provisto por el ciudadano)

USO INTERNO

SIP N° 132

Funcionario de OAC que recibe la solicitud: Ercelito Conete Firma: Conete

De conformidad a los artículos 5 y 14 de la Ley N° 5282/14 "Del libre acceso ciudadano a la información pública y transparencia gubernamental", se remite ésta solicitud a (dependencia a la que se deriva) Dirección General de Administración y Finanzas a los efectos correspondientes.

Recibido por: Fecha: Hora:

Firma:

Asunción, 17 de noviembre de 2015.-

NOTA A.J. N° 94/2015

Señor Presidente

Con el debido respeto tengo el agrado de dirigirme a Ud., en el marco de recabar informaciones estadísticas para la Superintendencia de Salud, considerando las funciones que nos atribuyen en cuanto al control de la calidad de los servicios de salud de todo el país, a fin de solicitar nos provean de los siguientes informes:

1. COPIA DE CONTRATO/OS DE SERVICIOS MEDICOS VIGENTES ENTRE EL CONGRESO NACIONAL Y LAS ENTIDADES DE MEDICINA PRE-PAGA.

Dicha solicitud elevamos, teniendo en cuenta la **Ley N° 2319/06** que regula las **FUNCIONES Y ATRIBUCIONES de la SUPERINTENDENCIA DE SALUD**, y la **Ley N° 5282/14 del LIBRE ACCESO CIUDADANO A LA INFORMACION PUBLICA Y TRANSPARENCIA GUBERNAMENTAL** y la necesidad de contar con los datos supra solicitados así en el marco de las auditorias de control sobre Empresas Pre Paga se puede ejercer un mejor y efectivo resultado en beneficio de la calidad de Atención de los Servicios de Salud a la Ciudadanía en general.

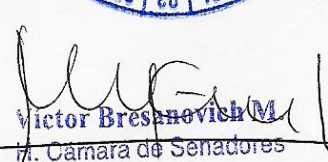
Sin otro particular, aguardo favorable respuesta en la brevedad posible.




DR. DOMINGO MENDOZA
Superintendente de Salud



A su Excelencia
Senador Nacional MARIO ABDO BENITEZ, Presidente
HONORABLE CAMARA DE SENADORES
CONGRESO NACIONAL
E. _____ S. _____


Victor Bresanovich
H. Cámara de Senadores



1

PODER LEGISLATIVO



Honorable Cámara de Senadores

Asunción, 20 de noviembre de 2015

Señora

Gabriela Cantero, Directora

Dirección Oficina de Atención a la Ciudadanía

Honorable Cámara de Senadores

Presente

Tengo el agrado de dirigirme a usted a fin de proveer la documentación requerida por el Señor Domingo Mendoza en el formulario de solicitud Publica N° 132/2015, de fecha 19 de noviembre de 2015 y conforme con lo establecido en la Ley N° 5282 "De libre Acceso a la información Pública y Transparencia Gubernamental".

Se adjunta lo siguiente:

- ✓ Copia del Contrato vigente correspondiente a la Entidad de Medicina Pre – Paga y el Honorable Congreso Nacional.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para saludarla atentamente.



Sra. Encia Santacruz
Directora de Gabinete

Dirección General Administrativa y Financiera

W. Mendoza



Congreso de la Nación
Honorable Cámara de
Senadores

DIRECCIÓN
Oficina de Atención
a la Ciudadanía

ACTA DE ENTREGA DE INFORMACIÓN N° 132/2015

Asunción, 23 de Noviembre de 2015.

De conformidad a la Solicitud N° 132/2015, recibí de la Oficina de Atención a la Ciudadanía la información solicitada. La misma ha sido proveída en 1 Ejemplar(es), de la siguiente manera:

Copia simple

☒

Copa autenticada

☐

Soporte magnético

☐

Firma del Ciudadano:

Cédula Número

25128501

Aclaración:

Josefina Polan C.

USO INTERNO

Firma del Funcionario de la OAC responsable

Aclaración: Wilfredo A. N. N.

Fecha: 23/11/2015

Hora: 09 : 30