

## 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 **08/04/2022** con el N°: **AO029T0001351**. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico **catarivas3@gmail.com**



La fecha de entrega de la respuesta es el **09/05/2022** (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](http://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: AO029T0001351** 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	Región del Biobío
Vía de recepción de solicitud	Correo electrónico
Correo electrónico	catarivas3@gmail.com
Correo electrónico notificaciones	catarivas3@gmail.com
Solicitud	Solicito documento con informacion oftalmologica, de mediciones por medio de OCT-A de los parametros de la ZAF en pacientes con DM con y sin RDNP
Observaciones	Oftalmologia
Archivos adjuntos	Solicitud_de_pacientes.xlsx
Soporte deseado	Electrónico
Formato deseado	Excel
Solicitante inicia sesión en Portal	SI
Forma de recepción de la solicitud	Vía electrónica
Otro formato de entrega	

<b>Datos del solicitante</b>	
Persona	Natural
Nombre o Razón social	Catalina
Primer Apellido	Rivas
Segundo Apellido	Fuenzalida

<b>Datos del apoderado</b>	
Nombre	
Primer Apellido	
Segundo Apellido	

<b>Dirección notificaciones</b>	
Calle	
Numero	
Departamento	
País	CHILE
Región	Región Metropolitana de Santiago
Comuna	
Teléfono de contacto	967896285

<b>Dirección envío de respuesta</b>	
Calle	
Numero	
Departamento	
País	
Región	
Comuna	SANTIAGO