

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 **13/08/2021** con el N°: **AO029T0001234**. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico **perez.juanluis@gmail.com**



La fecha de entrega de la respuesta es el **10/09/2021** (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: AO029T0001234** 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	perez.juanluis@gmail.com
Correo electrónico notificaciones	perez.juanluis@gmail.com
Solicitud	"Identificación de los establecimientos, destinados a la atención de pacientes asociados a patologías oncológicas en Chile, informando a que Servicio de Salud pertenece, Nombre del Establecimiento, Comuna, Indicar si realiza Radioterapia (Si/No), Tipo de Paciente (Adulto/Infantil) , Equipamiento con que cuenta el establecimiento. En formato digital, archivo Excel. Campos requeridos: Servicio de Salud Nombre Establecimiento Comuna Radioterapia (Si/No) Tipo de Paciente (Adulto/Infantil) Equipamiento
Observaciones	
Archivos adjuntos	

Soporte deseado	Electrónico
Formato deseado	Excel
Solicitante inicia sesión en Portal	NO
Forma de recepción de la solicitud	Vía electrónica
Otro formato de entrega	

Datos del solicitante	
Persona	Natural
Nombre o Razón social	Juan Luis
Apellido Paterno	Pérez
Apellido Materno	

Datos del apoderado	
Nombre	
Apellido Paterno	
Apellido Materno	

Dirección notificaciones	
Calle	
Numero	
Departamento	
País	
Región	
Comuna	
Teléfono de contacto	

Dirección envío de respuesta	
Calle	
Numero	
Departamento	
País	
Región	
Comuna	