

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 **09/02/2022** con el N°: **AO029T0001321**. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico **c.hidalgo@bertonati.cl**



La fecha de entrega de la respuesta es el **09/03/2022** (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 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: AO029T0001321** 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	c.hidalgo@bertonati.cl
Correo electrónico notificaciones	c.hidalgo@bertonati.cl
Solicitud	<p>Estimados Señores Servicio de Salud Presente:</p> <p>Junto con saludar, el motivo de la presente es para solicitar la siguiente información respecto a Ambulancias:</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Cuál es el número de ambulancias en funcionamiento que posee su Servicio de Salud por establecimiento?2. Favor indicar la cantidad de ambulancias fuera de servicio por establecimiento3. Favor indicar el último kilometraje registrado para cada ambulancia en funcionamiento4. Favor indicar la antigüedad (año) de cada ambulancia en funcionamiento5. ¿Cuántas ambulancias están consideradas para compra el año 2022?6. Tienen interés y/o cuentan con presupuesto para arriendo o Leasing operativo para Ambulancias (arriendo sólo del vehículo y su mantención, no del personal operativo)

	<p>7. ¿Tienen interés y/o cuentan con presupuesto para refaccionar Ambulancias fuera de servicio?</p> <p>8. Favor informar el déficit de Ambulancias presupuestado para el 2022 por establecimiento y el criterio para definir el déficit</p> <p>Agradeciendo desde ya una pronta respuesta,</p> <p>Atentamente, Bertonati Chile</p>
Observaciones	
Archivos adjuntos	
Soporte deseado	Electrónico
Formato deseado	PDF
Solicitante inicia sesión en Portal	NO
Forma de recepción de la solicitud	Vía electrónica
Otro formato de entrega	

Datos del solicitante	
Persona	Jurídica
Nombre o Razón social	Bertonati vehículos especiales Ltda.
Rut	87927900-3

Datos del apoderado	
Nombre	
Primer Apellido	
Segundo Apellido	

Dirección	
Calle	
Numero	
Departamento	
País	
Región	
Comuna	
Teléfono de contacto	

Dirección envío de respuesta	
Calle	
Numero	
Departamento	
País	
Región	
Comuna	