



DPTO. GESTIÓN PÚBLICA  
UNIDAD PARTICIPACIÓN CIUDADANA  
FVU/PVYL/GU/Igu

000623

ORD. N° \_\_\_\_\_/

ANT. : AO029T0000557

MAT. : Informa derivación Solicitud de Transparencia

LOS ÁNGELES, **13 MAR. 2019**

**DE: DIRECTOR(S) SERVICIO DE SALUD BIOBÍO**

**A: DIRECTOR SERVICIO DE SALUD ARAUCO  
CARRERA N° 302  
LEBU**

Con fecha 08 de Marzo del año en curso, se ha recibido la solicitud de información pública folio AO029T0000557, cuya copia se adjunta

Dado que, de una revisión preliminar, se ha podido determinar que se trata de una materia que de acuerdo al Ordenamiento Jurídico debiese conocer vuestro establecimiento, a través del presente Oficio efectuamos la derivación a que alude el artículo 13 de la Ley de Transparencia de la función pública y de Acceso a la información de la administración del Estado.

A su vez por este mismo acto, procedemos a notificar la presente derivación al solicitante de información.

Saluda atentamente a usted,



**DR. FERNANDO VERGARA URRUTIA  
DIRECTOR(S)  
SERVICIO DE SALUD BIOBÍO**

Ord. N°129/08.03.2019

**DISTRIBUCIÓN:**

- La indicada

**C.c.:**

- Sr. Remberto Alarcón, [rembertoalarcon@gmail.com](mailto:rembertoalarcon@gmail.com)
- Encargada de Transparencia Pasiva Servicio de Salud Arauco
- Archivo Dirección SS.BB
- Archivo OIRS SS.BB
- Oficina de Partes

## 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 **08/03/2019** con el N°: **AO029T0000557**. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico **rembertoalarcon@gmail.com**

La fecha de entrega de la respuesta es el **05/04/2019** (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: AO029T0000557** 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 Bío-bío
Vía de recepción de solicitud	Correo electrónico
Correo electrónico	rembertoalarcon@gmail.com
Solicitud	Radico fuera del País y no encontré en la página web del Hospital de Cañete - Región del Bio Bio la opción para requerir información via ley de transparencia. En este sentido; solicito me puedan proporcionar un informe de la causa de muerte de mi padre Rembero Alarcón Medina RUN 2.130.654-1, fallecido en el Hospital de Cañete el 12 de Enero de 1998, según certificado de defunción que adjunto. Asimismo, me proporcionen los registros y causas de atención en dicho hospital entre los años 1980 hasta 1998. Asimismo adjunto mi certificado de nacimiento que constata mi filiación con el de cujus. Atentamente
Observaciones	
Archivos adjuntos	Cert_Defuncion_Jose_Remberto.pdf 3Cert_Nac_Remberto.pdf
Formato deseado	PDF
Solicitante inicia sesión en Portal	NO
Forma de recepción de la solicitud	Vía electrónica

Datos del solicitante	
Persona	Natural
Nombre o Razón social	Remberto
Apellido Paterno	Alarcón
Apellido Materno	Miranda

Datos del apoderado	
Nombre	
Apellido Paterno	
Apellido Materno	

Dirección	
Calle	
Numero	
Departamento	
Región	
Comuna	