



DPTO. GESTIÓN PÚBLICA  
UNIDAD PARTICIPACIÓN CIUDADANA  
RSC/MDS/rcc

ORD. N° 001891 /

ANT. : AO029T0000713

MAT. : Informa derivación Solicitud de  
Transparencia.

LOS ÁNGELES, 06 SET. 2019

**DE: DIRECTOR SERVICIO DE SALUD BIOBÍO**

**A: DELEGADO PROVINCIAL SEREMI DE SALUD  
RIOSECO N°25  
LEBU**

Con fecha 04 de septiembre del año en curso, se ha recibido la solicitud de información pública folio AO029T0000713, 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, poniendo en su conocimiento que la encargada de transparencia del órgano derivado es D. Liza Ovalle.

Saluda atentamente a usted,



  
**RODRIGO SIERRA CONTRERAS**  
**DIRECTOR**  
**SERVICIO DE SALUD BIOBÍO**

Ord. N°460/06.09.2019

**DISTRIBUCIÓN:**

- La indicada

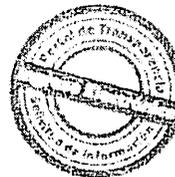
**C.c.:**

- D. Daniel Yung Hoffmann, [cobranzas1@daogroup.cl](mailto:cobranzas1@daogroup.cl)
- Encargada de Transparencia Pasiva SEREMI Provincial de Salud, comuna de Lebu, [liza.ovalle@redsalud.gov.cl](mailto:liza.ovalle@redsalud.gov.cl)
- 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 04/09/2019 con el N°: AO029T0000713. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico cobranzas1@daogroup.cl

La fecha de entrega de la respuesta es el 07/10/2019 (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: AO029T0000713 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	cobranzas1@daogroup.cl
Solicitud	Señores Servicio Salud Bio Bio esta consulta es para el Hospital de Curanilahue, agradeceré me informen la situación de las facturas mencionadas a continuación y si están pagadas informar fecha y banco para poder rebajar del sistema: N° FACTURA FECHA EMISION MONTO 356 31-03-2014 106.243 4476 07-01-2015 95.200 4518 07-01-2015 153.510 4561 07-01-2015 151.249 Estas facturas corresponden a Aki Pharm Chile S.A. Rut 76.111.593-6, se hace presente que se solicito anteriormente y no ha llegado la respuesta gracias
Observaciones	
Archivos adjuntos	SES_EXTR_AKI_REV_PODER_Y_NUEVOS_PODERES_.pdf
Formato deseado	PDF
Solicitante inicia sesión en Portal	SI

Rioseco N° 25

Lebú, Liza Valle liza.valle@redsalud.gub.cl

Forma de recepción de la solicitud	Vía electrónica
------------------------------------	-----------------

Datos del solicitante	
Persona	Jurídica
Nombre o Razón social	Aki Pharm Chile S.A.
Apellido Paterno	
Apellido Materno	

Datos del apoderado	
Nombre	Daniel
Apellido Paterno	Yung
Apellido Materno	Hoffmann

Dirección	
Calle	
Numero	
Departamento	
Región	Región Metropolitana de Santiago
Comuna	QUILICURA