

## SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

Su solicitud ha sido ingresada al **Portal de Transparencia del Estado para el organismo Municipalidad de Casablanca** con fecha **10/08/2023** con el N°: **MU030T0001739**. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico **bum.clinica@gmail.com**



La fecha de entrega de la respuesta es el **08/09/2023** (el plazo para recibir una respuesta es de **20 días hábiles**). Le informamos que durante este proceso el organismo **Municipalidad de Casablanca** 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: MU030T0001739** y también ingresando con tus datos al portal de ciudadano.

## DATOS INGRESADOS PARA SU SOLICITUD

| Solicitud de información            |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A quien dirige su solicitud         | Municipalidad de Casablanca                                                                                                                                                                                                                                      |
| Región                              | Región de Valparaíso                                                                                                                                                                                                                                             |
| Vía de recepción de solicitud       | Correo electrónico                                                                                                                                                                                                                                               |
| Correo electrónico                  | bum.clinica@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                            |
| Correo electrónico notificaciones   | bum.clinica@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                            |
| Solicitud                           | Todas las empresas de la comuna que pertenezcan al rubro de clinica o dispongan de la patente para ejercer la venta de dicho rubro ultimos 5 años.<br><br>Adicional a esto solicito: nombres de las empresas, Rut, Direccioñ y en lo posible numero de Contacto. |
| 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 | Andrea   |
| Primer Apellido       | Gallegos |
| Segundo Apellido      |          |

| Datos del apoderado |  |
|---------------------|--|
| Nombre              |  |
| Primer Apellido     |  |
| Segundo Apellido    |  |

| Dirección notificaciones |           |
|--------------------------|-----------|
| Calle                    |           |
| Numero                   |           |
| Departamento             |           |
| País                     |           |
| Región                   |           |
| Comuna                   |           |
| Teléfono de contacto     | 941002767 |

| Dirección envío de respuesta |  |
|------------------------------|--|
| Calle                        |  |
| Numero                       |  |
| Departamento                 |  |
| País                         |  |
| Región                       |  |
| Comuna                       |  |