

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 **03/10/2019** con el N°: **MU030T0000797**. La confirmación de este ingreso ha sido enviada a su correo electrónico **cobranzas1@daogroup.cl**



La fecha de entrega de la respuesta es el **04/11/2019** (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 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: MU030T0000797** 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	cobranzas1@daogroup.cl
Solicitud	Señores Municipalidad de Casablanca, esta consulta es para el Departamento de Salud, agradeceré me informen la situación de las facturas mencionadas a continuación y si están pagadas informar fecha y banco para poder rebajar del sistema: Fecha N° Emisión Debe 12290 04-08-2016 16.612 12543 05-09-2016 16.612 12811 05-10-2016 16.612 13079 07-11-2016 16.612 13330 05-12-2016 16.612 13564 06-01-2017 12.733 14135 08-03-2017 12.733 14569 04-05-2017 12.733 15345 04-08-2017 4.153 15367 04-08-2017 6.367 Rut 76.111.593-6
Observaciones	

Archivos adjuntos	SES_EXTR_AKI__REV_PODER_Y_NUEVOS_PODERES_.pdf image.png
Formato deseado	PDF
Solicitante inicia sesión en Portal	SI
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