



CORPORACION
L A M P A

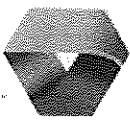
SOLICITUD DE ACCESO DE INFORMACION PUBLICA LEY N.º 20.285

TRANSPARENCIA

12 ENE. 2017

Corporación Municipal de
Desarrollo Social de Lampa

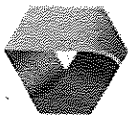
FOLIO : 02/2017	
INSTRUCCIONES: COMPLETE EL FORMULARIO CON LETRA IMPRENTA CLARA * Datos Obligatorios	
IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (datos Obligatorios, Art. 12 de la Ley N.º 20.285).	
NOMBRE Y APELLIDO (S) O RAZON SOCIAL (si Corresponda)*	Ximena Muñoz M.
NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO (Si Corresponde)	
DIRECCION (Postal o Electrónico) (Datos Obligatorios Art. 12 de la Ley N.º 20.285)*	ximunozmestre@gmail.com
TELEFONO (Fijo O Celular)(OPCIONAL Art. 27 del Reglamento Ley 20.285)	
INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD	
NOMBRE LA DE IDENTIDAD A LA QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD (sector)*	
Solicito información sobre deuda previsional- si existiera - , acumulada al 31/12/2016, tanto en la área de salud como de educación, señalando los montos por mes a partir del año 2011	
Identificación de los documentos solicitados. Señalando la materia, fecha de emisión o periodo de vigencia del documento, origen o estilo, soporte, etc. (si requiere más espacio puede adjuntar una hoja) *	
Observaciones (opcional, Instrucción General N.º 10)	



CORPORACION
L A M P A

**SOLICITUD DE ACCESO
DE INFORMACION PUBLICA**

LEY N.º 20.285



CORPORACION
L A M P A

SOLICITUD DE ACCESO DE INFORMACION PUBLICA LEY N.º 20.285

NOTIFICACION (Marque con una X especificque)*

Deseo Ser Notificado Por Correo Electrónico * SI NO
X

E-Mail_ ximunozmestre@gmail.com

FORMA DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA (Marque con una X)

Enviar por Correo Electrónico Retiro en Oficinas

Especificar : __ ENVIAR POR CORREO ELECTRONICO

FORMATO DE RESPUESTA: PDF WORD EXCEL

* EN CASO DE SOLICITAR LA INFORMACION POR UN MEDIO EXTRAIBLE SEA PENDRIVE O CD, ESTA INFORMACION DEBE SER ENTREGADO EN UN FORMATO CERRADO.

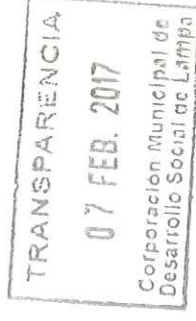
FECHA : 12 ENERO 2017

DATOS LLENADOS POR LA INSTITUCIÓN QUE RECIBE EN CASO DE TRAMITE PRESENCIA

FORMATO DE ENTREGA (Marque con una X)		FOLIO:
Copia en Papel: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Formato Electrónica Digital: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Retiro en Oficina: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
FIRMA SOLICITANTE O APODERADO	TIMBRE	
FECHA:		



Corporación municipal de
Desarrollo Social de Lampa
Dirección de Salud



MEMO N°86/17

Lampa, 07 de Febrero de 2017

DE : DIRECCION DE SALUD COMUNAL

A : SR. GUSTAVO PACHECO GONZALEZ
ENCARGADO DE TRANSPARENCIA

Mediante el presente, solicito a Ud. De acuerdo a lo enviado en el MEMO 04/17 y 05/17, solicitar prórroga para contestar la solicitud, en vista de que dicha información requiere tiempo para generar el consolidado comunal.

Agradece su atención, atentamente,

PABLO NORAMBUENA MATELUNA
DIRECTOR(S)

PNM/pcv

Distribución:

- La Indicada
- Archivo Dirección de Salud.