



SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA SOLICITUD:

- 1.- EL NOMBRE DEL SOLICITANTE ES OPCIONAL, PODRÁ UTILIZAR UN PSEUDÓNIMO.
- 2.- DENTRO DE 20 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD, PODRÁ RECIBIR LA INFORMACIÓN O EN CASO DE SER NECESARIO, UNA NOTIFICACIÓN DE PRÓRROGA CUANDO EL SUJETO OBLIGADO NECESITE AMPLIAR EL PLAZO POR 5 DÍAS HÁBILES MÁS, PARA DAR RESPUESTA A ESTA SOLICITUD.
- 3.- EN CASO DE SER NECESARIO, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DÍAS HÁBILES POSTERIORES AL INGRESO DE SU SOLICITUD, EL SUJETO OBLIGADO PODRÁ REQUERIRLE PARA QUE AMPLÍE, PRECISE, ACLARE O CUMPLA CON ALGÚN REQUISITO ADICIONAL.
- 4.- ESTE INSTITUTO CUENTA CON 20 DÍAS HÁBILES PARA DAR RESPUESTA A ESTA SOLICITUD DE INFORMACIÓN, CON LA OPCIÓN DE AMPLIAR ESTE PLAZO POR 10 DÍAS HÁBILES MÁS, TENIENDO LA OBLIGACIÓN DE NOTIFICARLE DE DICHA PRÓRROGA AL SOLICITANTE.
- 5.- SI SE ENCUENTRA INCONFORME CON LA RESPUESTA OTORGADA, PODRÁ INTERPONER UN RECURSO DE REVISIÓN ANTE ITAIBCS EN UN PLAZO DE 15 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE SE TUVO CONOCIMIENTO DEL ACTO RECLAMADO. EN CASO DE FALTA DE RESPUESTA PODRÁ PRESENTARLO, AL DÍA SIGUIENTE EN QUE VENCió EL PLAZO PARA RESPONDER.
- 6.- DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 144 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, EL ACCESO A ÉSTA ES GRATUITA CUANDO LA ENTREGA NO IMPLIQUE NO MÁS DE 20 HOJAS SIMPLES. LAS UNIDADES DE TRANSPARENCIA PODRÁN EXCEPTUAR EL PAGO DE REPRODUCCIÓN Y ENVIO ATENDIENDO A LAS CIRCUNSTANCIAS SOCIOECONÓMICAS DE LA PERSONA SOLICITANTE.

FOLIO _____

RECEPCIÓN		
LUGAR:	FECHA:	HORA:





DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE COMPLETO PERSONA FÍSICA (OPCIONAL):

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL (EN CASO DE SER PERSONA MORAL):

DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL

**NOMBRE(S) DE (DE LOS) REPRESENTANTE(S) PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES Y DOCUMENTOS
(ADJUNTAR DOCUMENTO QUE ACREDITE SU REPRESENTACIÓN)**

SEÑALE EL MEDIO POR EL CUAL ACREDITA LA REPRESENTACIÓN:

PODER NOTARIAL _____

CARTA PODER _____

OTRO DOCUMENTO _____





MEDIO PARA RECIBIR LA INFORMACIÓN Y NOTIFICACIONES (OBLIGATORIO):

(SEÑALE CON UN "X" LA OPCIÓN DESEADA)

- CORREO ELECTRÓNICO: _____
- ACUDIR ANTE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA DEL SUJETO OBLIGADO.
- PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA.
- DOMICILIO.

EN CASO DE SELECCIONAR DOMICILIO, FAVOR DE PROPORCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS:

CALLE	NUM. EXT.	ENTRE CALLES
COLONIA	C.P.	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO	TELÉFONO(S)	

SUJETO OBLIGADO A QUIEN DIRIGE SU SOLICITUD (OBLIGATORIO):

Dirección: Blvd. Forjadores de Sudcalifornia Km.3
Código postal: 23040
Teléfono: 612 125 6051 y 612 122 7112
La Paz, Baja California Sur
insude.bcs.gob.mx





DESCRIPCIÓN CLARA Y PRECISA DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA (OBLIGATORIO):

CON EL FIN DE BRINDAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA, LE PEDIMOS DESCRIBIR LO QUE SOLICITA Y SI REQUIERE MÁS ESPACIO, PODRÁ ANEXAR A ESTA SOLICITUD LAS HOJAS NECESARIAS.





MODALIDAD EN LA QUE DESEA QUE SE LE ENTREGUE LA INFORMACIÓN SOLICITADA (OBLIGATORIO):
(SEÑALE CON UNA "X" LA OPCIÓN DESEADA)

- CONSULTA DIRECTA
- COPIA CERTIFICADA CON COSTO
- DIGITALIZADA
- CORREO ELECTRÓNICO
- COPIA SIMPLE
- COPIA SIMPLE CON COSTO (MÁS DE 20 HOJAS)

OTRO: _____

