**MUNICIPALIDAD DE …..**
DEPARTAMENTO ……..

 Ordinario N°
 Mat:
 Ant:

 **A: MARIA PAZ DE JESUS ITURRIAGA LISBONA
 DIRECTORA SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ**

 **DE: …………………………………
 DIRECTOR DEPTO. …….**

Junto con saludar, mediante el presente remito a usted las correcciones REM correspondientes al CESFAM …………, perteneciente al mes …………, ya que, en el contexto de mejorar la calidad de los registros, se realiza la revisión del archivo observando un error en los siguientes datos:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MES QUE CORRIGE** |  **SERIE** |  **HOJA** | **CELDA** |  **DICE** |  **DEBE DECIR** |  **META QUE IMPACTA** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Cabe destacar, que una vez que el Depto. de Estadísticas del Servicio de Salud Tarapacá realice la verificación del archivo en la hoja nombre junto al documento enviado, se procederá a cargar la corrección enviada.

 *Sin otro particular, atte.*