# **ANEXO B: FORMATO CARTA DE IMPUGNACIÓN**

**SR. DIRECTOR SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS**

**PRESENTE**

Junto con saludarle, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la revisión de los antecedentes entregados

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Inadmisibilidad |  | Puntaje en Rubros |  |

Marcar con una X lo que corresponde

**Inadmisibilidad**

RUBRO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  **\_\_\_\_\_\_**ptos. otorgados.

\_\_\_\_\_\_ptos. esperados.

**Argumentación de Reposición/Apelación:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUBRO Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  **\_\_\_\_\_\_**ptos. otorgados.

\_\_\_\_\_\_ptos. esperados.

**Argumentación de Reposición/Apelación:**

**\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En el evento de no acogerse la reposición, solicito se deriven los antecedentes a la Comisión de Apelación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre, RUT y Firma**

(del postulante)

**NOTA**:

* Se puede reponer/apelar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Reposición/Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes aclaratorios con que cuenten para apoyar la solicitud. Documentación nueva no es válida.