**No. DS 4.4 – Número- Año**

**Fecha:**

**Para:**

**De:**

**Asunto:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **URGENTE**  |  | PROYECTAR RESPUESTA  |  |
| **PARA SU INFORMACIÓN** |  | DAR RESPUESTA INMEDIATA |  |
| **FAVOR DAR CONCEPTO**  |  | FAVOR TRAMITAR  |  |
|  |  | No. FOLIOS  |  |

Respetados Doctores:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

Cordialmente,

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:

Cargo:

Anexos:

Proyectó:

Elaboró: