Doctor

**NOMBRE DEL DESTINATARIO**

Cargo

Dependencia

Entidad

Dirección destinatario o Email

Código Postal (si se registró dirección física)

Ciudad

**Asunto:** Xxxxx

**Ref.:** Asunto **-** Radicado N° del 10-Jun-2022

Respetado Doctor

Contenido

Cordialmente,

**NOMBRE DEL REMITENTE**

Cargo del Remitente

Anexos: Si \_\_ No\_\_ Numero de Archivos/Folios\_\_\_\_\_

Copia: Dr. XXX, Cargo

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PROYECTÓ** | | **REVISÓ** | | **APROBÓ** | |
| Firma y Fecha |  | 10-Jun-22 |  | 10-Jun-22 |  | 10-Jun-22 |
| Nombre  E-Mail  Cargo | Nombre del funcionario que proyectó  [correo](mailto:XxxxxxxZ@contraloriabogota.gov.co) electrónico institucional  Cargo y dependencia del funcionario | | Nombre del funcionario que revisó  [correo](mailto:XxxxxxxZ@contraloriabogota.gov.co) electrónico institucional  Cargo y dependencia del funcionario | | Nombre del funcionario que aprobó  [correo](mailto:XxxxxxxZ@contraloriabogota.gov.co) electrónico institucional  Cargo y dependencia del funcionario | |
| **En cumplimiento a la política cero papel y los objetivos ODS, componente ambiental, este documento contiene firmas escaneadas/digitalizadas, suministradas por los firmantes y son válidas para todos los efectos legales de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999. Para confirmar y/o verificar la información contenida en este documento, puede comunicarse con los correos registrados, al pie del nombre del firmante**. | | | | | | |