# Iniciales de la Dependencia- “Numero” SNR20\_\_IE……….

**Ciudad**, **Día** de **Mes** de **Año**

Doctor (ra)

**NOMBRE DE LA PERSONA**

Cargo

Ciudad

**Asunto:** Nombre del Asunto

Respetado Doctor (ra):

Texto correspondiente………………

**NOMBRE DEL FUNCIONARIO**

**Cargo del funcionario.**

**Anexos:** Numero de folios

**Transcriptor:** Nombre del transcriptor

**Copia:** Nombre de la Dependencia a que se envía la copia