Código de la dependencia y número del radicado.

Ciudad, AAAA-MM-DD.

Para: **Doctor(a) NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS EN MAYUSCULA**

 **Cargo**

 **Universidad de Cundinamarca**

**Asunto:** INFORME DE (MAYÚSCULA SOSTENIDA)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

**FIRMA DEL REMITENTE NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS**

Cargo

 Transcriptor: (Nombres y Apellidos Completos).

 Oficina

 Proyectó: (Nombres y Apellidos Completos). (Cuando se requiera).

 Oficina

 Código Serie Documental (Ver Tabla de Retención Documental).