Señores / Doctor / Doctora /

**NOMBRES Y APELLIDOS**

Dirección

Ciudad

Asunto:

|  |  |
| --- | --- |
| Dependencia | ${Dependencia} |
| Radicación No. | ${Radicado} |
| Auto No. | ${Auto} |
| Decisión | **Remisión Externa** |

Respetado(a) doctor(a):

De conformidad con lo ordenado en el auto del asunto, de acuerdo con su competencia, para su conocimiento y fines pertinentes, remito a su Despacho el (original o fotocopia) de las diligencias en referencia en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) folios, que incluyen \_\_\_\_ (\_\_\_) cd.

Igualmente, solicito informar a esta entidad al correo [institucional@personeriabogota.gov.co](mailto:institucional@personeriabogota.gov.co). sobre las decisiones, trámites y actuaciones realizadas por esa oficina, dentro de los veinte (20) días siguientes al recibo de las presentes diligencias.

Atentamente,

**NOMBRES Y APELLIDOS**

Denominación del Empleo

Área/Dependencia

Anexo(s): Lo **e**nunciado en [N° de folios en letras] [(# de folios en número)] folios.

Elaboró: Nombres y Apellidos – Nombre de la Dependencia

Aprobó (jefe): Nombres y Apellidos – Nombre de la Dependencia