|  |  |
| --- | --- |
|  **ANEXO 2** |  |
| **Unidad** |
| Oficio número: |
| Municipio y fecha: |
| Asunto: Informe de Cuotas de Recuperación |
|  |

**Dirección General de Administración**

**P R E S E N T E**

Remito a usted, el reporte de ingresos por cuotas de recuperación correspondiente a………… mes……., del año en curso, para su verificación y control.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad** | **Subsidio** | **Cobrado** | **Exento** | **Seguro Popular** | **Exento por Programas** | **Totales** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Totales** | **$** | **$** | **$** | **$** | **$** | **$** |

Sin otro particular de momento, le envío un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E**

**……..NOMBRE………**

**EL DIRECTOR O JEFE DE LA UNIDAD DE QUE SE TRATE**

**Con copia:**

**Expediente.**