



**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**  
**MUNICIPIO AUTÓNOMO DE CABO ROJO**

**Oficina de Finanzas**

*Sr. Warynex Carlo Hernández*  
*Director de Finanzas*

---

Apdo. 1308 Cabo Rojo, Puerto Rico 00623 • Tel. (787) 851 1025 • Fax (787) 851 3388

**Devolución de Dinero**

Estimado Sr. Carlo:

Sirva la presente para solicitar que en el descargo de su facultad tenga a bien el reembolso de la partida correspondiente al dinero pagado por \_\_\_\_\_ por concepto de \_\_\_\_\_. Esta solicitud obedece a \_\_\_\_\_.

Adjunto remito recibo # \_\_\_\_\_ expedido por el/la recaudador (a) \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Agradeceré la pronta acción que le pueda brindar a este asunto.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Enviar: [ ] Si [ ] No

Teléfono: \_\_\_\_\_

Comentarios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El trámite de esta solicitud tarda un periodo de 30 a 45 días laborables.