

Solicitud de Reimpresión

Día Mes Año

--	--	--

PLACA. _____

SOLICITANTE. _____ **C.C.** _____

RECIBO DE PAGO NO: _____ **DE FECHA** _____

POR VALOR DE \$ _____

AUTORIZADO POR (NOMBRE Y APELLIDOS) _____

MOTIVO: _____

Contrato Interadministrativo Municipio de Cali (SM) - CDAV LTDA
Sede CC. Aventura Plaza Carrera 100 # 15ª - 61 Local 205
Sede CC. Carrera Calle 52 # 1B – 160
Sede Salomia Carrera 3 # 56 – 30
Sede La Flora Calle 70 # 3BN – 200
Centro de Contacto 445 90 00 / Página web www.serviciosdetransito.com

Firma del Solicitante