

## Solicitud de Reimpresión

Día Mes Año

Código: OP 41

**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](http://www.serviciosdetransito.com)

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante