

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)
Sede CC. Aventura Plaza Carrera 100 # 15ª -

Sede Salomia Carrera 3 # 56 – 30
Sede La Flora Calle 70 # 3BN – 200
Centro de Contacto 602 3690811 / Página web www.serviciosdetransito.com

Firma del Solicitante