

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI GESTIÓN DE HACIENDA PÚBLICA ADMINISTRACIÓN DE TESORERÍA	SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEDA, SGC y MECI) SOLICITUD CERTIFICACIÓN DE PAGOS	MAHP03.02.02.18.P07.F01	
		VERSION	1
		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	12/sep/2014

Fecha de solicitud: _____

IDENTIFICACION DEL CONTRIBUYENTE																
NOMBRE O RAZON SOCIAL: _____																
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUMERO _____																
DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: _____ TELEFONO: _____																
CORREO ELECTRONICO: _____																
AUTORIZACION USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El usuario acepta y autoriza que se le envíen notificaciones y demás comunicaciones relacionadas con su trámite y/o solicitud a través de técnicas y medios electrónicos, informaticos.																
SI <input type="checkbox"/>																
NO <input type="checkbox"/>																
CALIDAD DE LA ACTUACION																
PROPIETARIO <input type="checkbox"/>	POSEEDOR <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>															
AUTORIZADO <input type="checkbox"/>	APODERADO <input type="checkbox"/>															
NOMBRE: _____																
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUMERO _____																
DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: _____ TELEFONO: _____																
CORREO ELECTRONICO: _____																
AUTORIZACION USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El usuario acepta y autoriza que se le envíen notificaciones y demás comunicaciones relacionadas con su trámite y/o solicitud a través de técnicas y medios electrónicos, informaticos.																
SI <input type="checkbox"/>																
NO <input type="checkbox"/>																
INFORMACION DEL PAGO A CERTIFICAR																
RENTA: PREDIAL <input type="checkbox"/> ICA <input type="checkbox"/> RETEICA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____																
No. IDENTIFICACION PREDIO: _____																
No. FACTURA O FORMULARIO: _____																
VALOR CANCELADO: _____ FECHA DE PAGO: _____																
ENTIDAD FINANCIERA: _____ ANEXA SOPORTES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																
TIPO DE SOPORTES: _____																
Nota: Dando cumplimiento a lo estipulado en el Acuerdo No. 010 del 13 de Mayo de 1983, Ordenanza 301 de 2009 (Artículo 209) y la Resolución 3889 de Diciembre de 2011, las tarifas para el cobro de Estampillas Municipales y Departamentales en la vigencia 2014, para Certificados y Constancias expedidos por funcionarios o servidores públicos son:																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">ESTAMPILLA</th> <th style="width: 20%;">VALOR</th> <th style="width: 20%;">PRESENTA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estampilla Pro-Desarrollo Urbano</td> <td style="text-align: center;">\$ 1.100</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estampilla Pro- Universidades</td> <td style="text-align: center;">\$ 500</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estampilla Pro-Hospital</td> <td style="text-align: center;">\$ 2.500</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estampilla Pro-Salud</td> <td style="text-align: center;">\$ 2.500</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		ESTAMPILLA	VALOR	PRESENTA	Estampilla Pro-Desarrollo Urbano	\$ 1.100		Estampilla Pro- Universidades	\$ 500		Estampilla Pro-Hospital	\$ 2.500		Estampilla Pro-Salud	\$ 2.500	
ESTAMPILLA	VALOR	PRESENTA														
Estampilla Pro-Desarrollo Urbano	\$ 1.100															
Estampilla Pro- Universidades	\$ 500															
Estampilla Pro-Hospital	\$ 2.500															
Estampilla Pro-Salud	\$ 2.500															
FIRMA SOLICITANTE: _____																
IDENTIFICACION: _____																