

 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				
RENDA: 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:

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: _____

INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE CERTIFICACION DE PAGO.

Señor Contribuyente

Tenga en cuenta las siguientes instrucciones para el diligenciamiento de la presente solicitud:

1. IDENTIFICACION DEL CONTRIBUYENTE

Registre todos los datos personales o de la entidad solicitados en esta sección del formulario sin omitir información alguna.

2. CALIDAD DE LA ACTUACION:

Marque X en la casilla correspondiente a su calidad de actuación, si actúa como apoderado debe diligenciar el número de la Tarjeta Profesional de abogado.

Registre todos los datos personales requeridos en esta sección sin omitir información alguna.

3. INFORMACIÓN DEL PAGO A CERTIFICAR

Identificar el tipo de renta que necesita certificar: Predial-Ica – Reteica -Otro (A que renta corresponde)

Si se refiere al Impuesto de Predial coloque el Número de identificación del predio.

Escriba el Número de factura o formulario con el que realizó el pago

Escriba el valor cancelado y la fecha de Pago.

Escriba la entidad financiera donde realizó el pago.

Indique si anexa soportes.

Especifique que tipo de soportes está anexando.

4. **ADJUNTE LAS ESTAMPILLAS REQUERIDAS:** Se deben entregar físicamente cada una de las estampillas requeridas.

5. **FINALMENTE:** Firme el documento, escriba de forma clara tal como aparece en su documento de identidad y por ultimo escriba el número de su documento de identidad.