

 <p>ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI GESTIÓN DE HACIENDA PÚBLICA ADMINISTRACIÓN DE TESORERÍA</p>	<p>SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEDA, SGC y MECI)</p> <p>SOLICITUD CERTIFICACIÓN DE PAGOS</p>	MAHP03.02.02.18.P07.F01	
		VERSION	3
		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	04/jun/2019

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, informáticos.		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, informáticos.		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: _____																				
<p>Nota: Dando cumplimiento a lo estipulado en el Decreto Ext. No. 411.020.0259 de 2015, el Acuerdo Municipal No. 0434 de 2017, y la Ordenanza 474 del 22 de diciembre de 2017, las tarifas para el cobro de Estampillas Municipales y Departamentales en la vigencia 2019, para Certificados y Constancias expedidos por funcionarios o servidores públicos son:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ESTAMPILLA</th> <th>VALOR</th> <th>PRESENTA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estampilla Pro-Desarrollo Urbano</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estampilla Pro-Cultura</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estampilla Pro- Universidades</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estampilla Pro-Hospital</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estampilla Pro-Salud</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			ESTAMPILLA	VALOR	PRESENTA	Estampilla Pro-Desarrollo Urbano			Estampilla Pro-Cultura			Estampilla Pro- Universidades			Estampilla Pro-Hospital			Estampilla Pro-Salud		
ESTAMPILLA	VALOR	PRESENTA																		
Estampilla Pro-Desarrollo Urbano																				
Estampilla Pro-Cultura																				
Estampilla Pro- Universidades																				
Estampilla Pro-Hospital																				
Estampilla Pro-Salud																				
FIRMA SOLICITANTE: _____																				
IDENTIFICACION: _____																				



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE PAGO

Tenga en cuenta las siguientes instrucciones para diligenciar la presente solicitud:

1. IDENTIFICACIÓN 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 ACTUACIÓN

Marque con una (X), en la casilla correspondiente la calidad de actuación. Adicionalmente tenga en cuenta aportar la siguiente información de acuerdo al peticionario:

PROPIETARIO:

- *Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía.*

AUTORIZADO:

- *Documento firmado por el PROPIETARIO y AUTORIZADO*
- *Fotocopias de las Cédulas de Ciudadanía del AUTORIZADO Y PROPIETARIO.*

POSEEDOR:

- *Declaración Extrajudicial de su Calidad.*
- *Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía.*

APODERADO:

- *Poder Autenticado firmado por las partes (PROPIETARIO y APODERADO)*
- *Fotocopias de las Cédulas de Ciudadanía del APODERADO Y PROPIETARIO.*

REPRESENTANTE LEGAL:

- *Certificado de Existencia y Representación Legal vigente (menor a 3 meses)*
- *Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del REPRESENTANTE LEGAL.*

3. INFORMACIÓN DEL PAGO A CERTIFICAR

- Identificar el tipo de renta que necesita certificar: Predial – ICA – RETEICA – Otro (A cual renta corresponde)
- En caso Impuesto Predial Unificado indicar el número de identificación del predio.
- Escriba el número de documento de pago (factura) o formulario con el que realizó el pago.
- Escriba el valor abonado y la fecha del pago
- Escriba la entidad bancaria donde realizó el pago
- Indique si anexa soportes y especificar el tipo de anexo.

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

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

Elaborado por: Christian Camilo Medina	Cargo: No aplica	Fecha: 01/abr/2019	Firma:
Revisado por: Luis Eduardo Ocampo	Cargo: Profesional Universitario	Fecha:	Firma:
Aprobado por: Letty Margareth Escobar	Cargo: Subdirectora de Tesorería de Rentas	Fecha: 01/abr/2019	Firma: