



Programa
SERVICIOS DE TRÁNSITO
de la Secretaría de Tránsito y Transporte
Municipal de Santiago de Cali

Solicitud de Reimpresión

PLACA: _____

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Solicitante. _____ C.C. No _____

Recibo de pago No: _____ De fecha _____

Por valor de \$ _____

Autorizado por (Nombre y apellidos) _____

Motivo: _____

Contrato Interadministrativo Municipio de Cali (STTM) - CDAV LTDA.
CALI: Audioconsulta: 485 9000 • **Salomia:** Calle 56 No. 3-45 • **Sur:** Carrera 56 No. 11-05-
Sameco: Centro de Diagnóstico Automotor del Valle - Calle 70N No. 3BN-200-
BOGOTÁ: Cra. 13 No. 96-82 Of.302

