



Alcaldía de Medellín

Diligencie sin tachones, borrones ni enmendaduras
www.medellin.gov.co - Tel: 444 41 44

FORMULARIO AUTORIZACIÓN PARA ENVÍO DEL DOCUMENTO DE COBRO PREDIAL UNIFICADO EN FORMA DIGITAL

Señores
MUNICIPIO DE MEDELLÍN
Secretaría de Hacienda
Subsecretaría de Ingresos

Por medio de la presente y de conformidad con la normatividad vigente, autorizo de manera expresa que:

Me envíen al correo electrónico el documento de Cobro del Impuesto Predial Unificado.

Me comprometo que cualquier novedad, retiro, actualización o cambio del correo electrónico que indicaré a continuación, la informaré al Municipio de Medellín, con antelación, teniendo en cuenta que esta dirección electrónica, continuará siendo válida durante los tres (3) meses siguientes, sin perjuicio de la validez del nuevo correo electrónico informado.

Datos del Contribuyente:

Nombre o Razón Social:	
Documento de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Número:	
Código Propietario	
(lo encuentra en el documento de cobro):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Correo electrónico:	
Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:

REQUISITOS PARA DILIGENCIAR EL FORMULARIO

El contribuyente, representante legal o apoderado debe diligenciar el presente formato de manera personal, con exhibición de su documento de identificación original en las taquillas de Servicios Tributarios ubicadas en el Centro Administrativo Municipal CAM (La Alpujarra) en la dirección calle 44 Nro. 52 - 165, Medellín, en el horario de 7:30 a.m. a 5 p.m. de lunes a jueves, y los viernes de 7:30 a.m. a 4 p.m. y demás sedes autorizadas.

Nota: En caso que la solicitud la presente un tercero, deberá cumplir con la normatividad consagrada en el Estatuto Tributario Municipal.

NOMBRE CONTRIBUYENTE

FIRMA DEL CONTRIBUYENTE

NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE

FIRMA DEL FUNCIONARIO

FECHA DE RECEPCIÓN DÍA () MES () AÑO ()

ESTE FORMULARIO Y SU RADICACIÓN NO TIENEN COSTO ALGUNO

Declaro que toda la información que he suministrado es veraz, actual, completa, exacta y pertinente.