



**01 DATOS PERSONALES**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
No. Colegiación: \_\_\_\_\_ Fecha de Colegiación: \_\_\_\_\_  
Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_  
Dirección de Oficina: \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**02 INFORMACION BASICA**

Tipo de atención Normal:  Cesárea:

Fecha de intervención: \_\_\_\_\_  
Nombre completo del médico que la atendió: \_\_\_\_\_  
No. de Colegiado: \_\_\_\_\_  
Centro hospitalario donde se efectuó el parto: \_\_\_\_\_  
Fecha que fué intervenida: \_\_\_\_\_ Fecha que fue dado(a) de alta: \_\_\_\_\_

NOTA: Adjuntar certificación médica.

**03 FIRMA**

La abajo firmante certifica que la información dada en ésta solicitud, ha sido revisada cuidadosamente, es cierta y correcta.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la solicitante: \_\_\_\_\_



**04 NOTA**

La solicitante autoriza de conformidad el examen medico practicado por el asesor medico del timbre de arquitectura.

Firma de la Colegiada: \_\_\_\_\_

**05 CERTIFICACIÓN MÉDICA**

El infrascrito Médico y Cirujano, colegiado No. \_\_\_\_\_, Asesor Médico oficial del Timbre de Arquitectura del Colegio de Arquitectos, despues de revisar la presente solicitud y la documentación presentada, dictamina que la misma es \_\_\_\_\_. Ya que se ajusta a las condiciones medicas de la prestación requerida, en fe de lo cual, firma el presente documento a los \_\_\_\_\_ dias del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**06 RECEPCION DE LA SOLICITUD No.:** \_\_\_\_\_

Recibida en la Oficina del Timbre de Arquitectura, a las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Por: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**07 CERTIFICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN**

Arquitecto (a) \_\_\_\_\_ Colegiado No. \_\_\_\_\_ a la fecha: \_\_\_\_\_ se registra activo en el Colegio y \_\_\_\_\_ en el Timbre de Arquitectura.



**REQUISITOS SERVICIOS DE GASTOS DE PARTO**

**Formulario LLeno y Fotocopia del DPI.**

---

---

**Constancia de Colegiado Activo.**

---

---

**Constancia de ingresos y copia de declaración del impuesto sobre la renta a la SAT del año en curso y del año anterior.**

---

---

---

**Certificado Médico.**

---

---

**Facturas originales de gastos efectuados (facturas que deberán estar únicamente a nombre de la arquitecta que solicita la prestación.**

---

---

**Estar al día en el Colegio y haber tributado como corresponde ver artículo 3 de la Ley del Timbre.**

---

---

**Partida de nacimiento del recién nacido.**

---

---