



**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 intervención quirúrgica a que fue sometido (a): \_\_\_\_\_

Fecha de intervención: \_\_\_\_\_

Nombre completo del médico que practicó la intervención: \_\_\_\_\_

No. de Colegiado: \_\_\_\_\_

Centro hospitalario donde se practicó la operación: \_\_\_\_\_

Fecha que fue intervenido(a): \_\_\_\_\_ Fecha que fue dado(a) de alta: \_\_\_\_\_

Costo de los servicios:

Honorarios profesionales: \_\_\_\_\_

Hospitalización: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

NOTA: Adjuntar facturas que amparen los gastos y certificación médica.

**03 FIRMA**

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

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

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_



**04 NOTA**

El o la solicitante autoriza de conformidad el examen médico practicado por el asesor médico 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 QUIRÚRGICOS Y MEDICOS

### 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 Medico.

---

---

---

### Facturas originales de gastos efectuados (facturas que deberan estar únicamente a nombre del arquitecto que solicita la prestación).

---

---

---

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

---

---

---