

REEMBOLSO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE



FORMULARIO
ELECTRONICO

01 DATOS PERSONALES

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

02 INFORMACION BASICA

Motivo que originó la incapacidad: _____
Fecha en que quedó incapacitado(a): _____
Nombre completo del médico que practicó la intervención: _____
No. de Colegiado: _____
Centro hospitalario donde se practicó el tratamiento: _____
Fecha que fué intervenido(a): _____ Fecha que fue dado(a) de alta: _____

NOTA: Adjuntar certificación médica, en la cual se acredite que el arquitecto tiene incapacidad total y permanente.

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: _____

0 CALLE 15-70, COLONIA EL MAESTRO ZONA 15. GUATEMALA, C.A. (01015)

PBX: (502) 2245-2424

administracion@colegiodearquitectos.org.gt

www.colegiodearquitectos.org.gt



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 PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ

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.

0 CALLE 15-70, COLONIA EL MAESTRO ZONA 15. GUATEMALA, C.A. (01015)

PBX: (502) 2245-2424

administracion@colegiodearquitectos.org.gt

www.colegiodearquitectos.org.gt