

# REEMBOLSO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

TIMBRE DE ARQUITECTURA



COLEGIO DE ARQUITECTOS DE GUATEMALA

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