

FORMULARIO DE REEMBOLSO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

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 generó la incapacidad: _____

Fecha en que quedó incapacitado: _____

Nombre completo del médico que atendió el caso: _____

No. de Colegiado: _____

Centro hospitalario donde se practicó el tratamiento: _____

Fecha que fue atendido(a): _____ Fecha que fue dado(a) de alta: _____

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

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

FORMULARIO DE REEMBOLSO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

TIMBRE DE ARQUITECTURA



COLEGIO DE ARQUITECTOS DE GUATEMALA

FORMULARIO
ELECTRONICO

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.

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



REQUISITOS PARA INCAPACIDAD TEMPORAL

● **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 donde conste la incapacidad temporal.**

● **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