



**TIMBRE DE ARQUITECTURA  
SUBSIDIO POR SERVICIOS QUIRÚRGICOS  
Y MEDICAMENTOS**

**NO. DE SOLICITUD** (Este campo lo llena personal del CAG)

**REQUISITOS Y FORMULARIO PARA SUBSIDIO POR SERVICIOS  
QUIRÚRGICOS Y MEDICAMENTOS**

- Formulario lleno, fotocopia del DPI (ambos lados) y firmar punto 3.
- Constancia de Colegiado Activo, firmada y sellada.
- Constancia de ingresos y copia de formulario de declaración del impuesto sobre la renta a la SAT de los últimos 5 años.
- Certificado Médico, con firma, sello y Timbre Médico.
- Facturas originales de gastos efectuados (facturas que deberán 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 de Arquitectura.

Para transferencia (La cuenta debe de estar a nombre del arquitecto que solicita el subsidio)

Nombre de cuenta: \_\_\_\_\_

No. de cuenta: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta (Monetaria o ahorro) : \_\_\_\_\_

Nombre de Banco: \_\_\_\_\_

**01 DATOS PERSONALES**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de residencia: \_\_\_\_\_

Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_



## TIMBRE DE ARQUITECTURA SUBSIDIO POR SERVICIOS QUIRÚRGICOS Y MEDICAMENTOS

### 02 INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo de intervención quirúrgica a que fue sometido (a): \_\_\_\_\_

Fecha de intervención: \_\_\_\_\_

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

No. de Colegiado del Médico: \_\_\_\_\_

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

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

Costos de los servicios:

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Honorarios profesionales | Q |
| Hospitalización          | Q |
| Medicamentos             | Q |
| Otros                    | Q |
| Total:                   | Q |

Nota: Adjuntar facturas originales que amparen los gastos y certificación médica.

### 03 FIRMA

El 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: \_\_\_\_\_

COLEGIO DE  
ARQUITECTOS DE  
GUATEMALA**TIMBRE DE ARQUITECTURA  
SUBSIDIO POR SERVICIOS QUIRÚRGICOS  
Y MEDICAMENTOS****04 CERTIFICACIÓN MÉDICA**

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

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