



TIMBRE DE ARQUITECTURA SUBSIDIO POR MATERNIDAD

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

REQUISITOS Y FORMULARIO PARA SUBSIDIO POR MATERNIDAD

- 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 y formularios.
- Certificado Médico, con firma, sello y timbres del Médico.
- Facturas originales de gastos efectuados (facturas que deberán estar únicamente a nombre de la arquitecta 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.
- Certificado de nacimiento del recién nacido (Renap).

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: _____

0 Calle 15-46, Colonia el Maestro zona 15. Guatemala, C.A.(01015)

PBX: (502) 2245-2424

prestaciones@colegiodearquitectos.org.gt

www.colegiodearquitectos.org.gt



TIMBRE DE ARQUITECTURA SUBSIDIO POR MATERNIDAD

02 INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo de atención:

- Normal ☐
- Cesárea ☐

Fecha de intervención: _____

Nombre completo del Médico que la atendió: _____

No. de Colegiado del Médico: _____

Centro hospitalario donde se efectuó el parto: _____

Fecha que fue dada de alta: _____

Nota: Adjuntar certificación médica. _____

03 FIRMA

La 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: _____



TIMBRE DE ARQUITECTURA SUBSIDIO POR MATERNIDAD

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 _____ de del año _____.

Nombre: _____

Firma _____