



TIMBRE DE ARQUITECTURA PENSIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ

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

REQUISITOS Y FORMULARIO PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ

- Formulario lleno, fotocopia del DPI (ambos lados) y firmar punto 3 y punto 4.
- 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 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.

Para transferencia (La cuenta debe de estar a nombre del arquitecto que solicita la pensión)

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
PENSIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y
PERMANENTE O INVALIDEZ**

02 INFORMACIÓN BÁSICA

Motivo que originó la incapacidad: _____

Fecha en que quedó incapacitado (a): _____

Nombre completo del médico que le atendió: _____

No. de Colegiado del Médico: _____

Centro hospitalario donde se practicó el tratamiento: _____

Fecha que fue intervenido (a): _____

Fecha que fue dado (a) de alta: _____

Nota: Adjuntar certificación médica, en la cual se acredite que el arquitecto(a) tiene incapacidad total y permanente.

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
PENSIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y
PERMANENTE O INVALIDEZ****04 NOTA**

El o la solicitante autoriza de conformidad el examen médico practicado por el asesor médico del timbre de arquitectura.

Firma del Colegiado(a):_____

05 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 _____