



TIMBRE DE ARQUITECTURA SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

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

REQUISITOS Y FORMULARIO PARA SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

- Formulario lleno, fotocopia del DPI, firmar punto 3 y 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 donde conste la incapacidad temporal, 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 INCAPACIDAD TEMPORAL

02 INFORMACIÓN BÁSICA

Motivo que generó la incapacidad: _____

Fecha en que quedó incapacitado: _____

Nombre completo del médico que atendió el caso: _____

No. de colegiado del Médico: _____

Centro hospitalario donde se práctico el tratamiento: _____

Fecha que fué atendido(a): _____

Fecha que fue dado 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, es cierta y correcta.

Lugar y fecha: _____

Firma del solicitante: _____



TIMBRE DE ARQUITECTURA SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

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 mes de _____ del año _____.

Nombre _____

Firma _____