



**COLEGIO DE INGENIEROS  
AGRÓNOMOS DE GUATEMALA**  
POR GUATEMALA Y SU AGRICULTURA

**\* Pago por enfermedad Terminal Optativamente**

**I. DATOS DEL SOLICITANTE:**

---

<b>No. COLEGIADO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FIRMA</b>
----------------------	---------------	--------------

---

<b>DIRECCIÓN PARTICULAR</b>	<b>TELÉFONO</b>
-----------------------------	-----------------

---

**CORREO ELECTRONICO**

**II. FECHA DE RECIBIDA LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_**

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

---

---

**DOCUMENTOS QUE DEBE ADJUNTAR, SEGÚN LA CLASE DE PRESTACIÓN SOLICITADA; PARA TODOS LOS CASOS, ES NECESARIO PRESENTAR LOS FORMULARIOS DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS, DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL PLAN DE PRESTACIONES Y DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL AUXILIO PÓSTUMO:**

**PAGO ACELERADO POR ENFERMEDAD TERMINAL OPTATIVAMENTE**

Constancia de Colegiado Activo

Fotocopia de DPI autenticado del solicitante

Certificación extendida, firmada y sellada por médico tratante colegiado activo que contenga informe circunstanciado sobre el desarrollo de la enfermedad, y que el causante padece de una enfermedad que invariablemente pondrá fin a su vida o que se encuentra internado en un centro de atención especial para su cuidado.

Copia de resultados de exámenes que sirvieron para el diagnóstico.