



Tipo de solicitud    Inscripción     Actualización     No. de Colegiado

### 1. INFORMACIÓN PERSONAL DE COLEGIADO

NOMBRES Y APELLIDOS			ESTADO CIVIL		
			Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>		
DPI:		NIT:		No. DE PASAPORTE (SI ES EXTRANJERO)	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PAIS DE NACIMIENTO		DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
DIRECCIÓN ACTUAL			ZONA	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
TELÉFONO DE CASA		CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO	
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA			TELÉFONOS		PARENTESCO

### 2. INFORMACIÓN LABORAL

ENTIDAD EN LA QUE LABORA		FECHA DE INGRESO	ESPECIALIDAD		PUESTO O CARGO
DIRECCIÓN DE LA ENTIDAD			TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
INSTITUCIÓN PÚBLICA <input type="checkbox"/>		INSTITUCIÓN PRIVADA <input type="checkbox"/>		PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	

### 3. INFORMACIÓN FAMILIAR

FAMILIAR	NOMBRES Y APELLIDOS	VIVO / FALLECIDO		EDAD	TEL Y/O CEL
MADRE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PADRE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

NOMBRES Y APELLIDOS			FECHA DE NACIMIENTO		EDAD
DPI	TEL	CEL		EMPRESA EN LA QUE LABORA	

### INFORMACIÓN DE HIJOS

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	TELÉFONO

### 4. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Designo como mis beneficiarios para el reclamo (monto Q100,000.00) del derecho adquirido de conformidad con el artículo 06 del Reglamento del Plan de Prestaciones del Colegio de Contadores Públicos y Auditores de Guatemala, a las siguientes personas:

NOMBRES Y APELLIDOS	DPI / CUI	PARENTESCO	%	TELÉFONO



En caso de falta de uno o más de los beneficiarios titulares indicados en la página anterior, el pago del Derecho Adquirido deberá distribuirse entre los beneficiarios restantes proporcionalmente en los porcentajes asignados.

En caso de falta o impedimento legal de todos los beneficiarios titulares designados, el derecho adquirido podrá ser cobrado por las siguientes personas:

NOMBRES Y APELLIDOS	DPI / CUI	PARENTESCO	%	TELÉFONO

Hago constar que los datos y respuestas de esta solicitud y de las declaraciones para apreciación de riesgos que forman parte de la misma, son verdaderos y completos.

F. \_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

En la ciudad de Guatemala, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ como Notario Doy Fe: Que la firma que antecede es AUTÉNTICA, por haber sido puesta el día de hoy en mi presencia por \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ quien se identifica con el Documento Personal de Identificación, Código Único de Identificación número \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ extendido por Registro Nacional De Las Personas, quien firma al pie del documento Solicitud Individual Plan de Prestaciones y vuelve a firmar junto con el Notario que autoriza la presente acta de legalización de firma a la que se adhieren los timbres de ley.

F. \_\_\_\_\_

ANTE MI.