



# COLEGIO DE FARMACÉUTICOS Y QUÍMICOS DE GUATEMALA -COFAQUI-

Guatemala, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

COLEGIADO NO. \_\_\_\_\_

CANCELADO CON RECIBO NO. \_\_\_\_\_

Señores Miembros de Junta Directiva:

Atentamente les ruego que de acuerdo al Artículo 5o. de los Estatutos del Colegio, se sirvan someter a consideración de la Junta Directiva la presente solicitud para ser aceptado como **COLEGIADO ACTIVO** de esa Entidad.

Adjunto lo siguiente

- Título profesional en original (con sello de la SAT, Contraloría General de Cuentas y Ministerio de Salud).
- Presentar copia de su título de ambos lados.
- Una fotocopia completa de DPI.
- Enviar a comisiones@cofaqui.com.gt resumen de la tesis (máximo de 2 hojas). Identificado con nombre completo del profesional, nombre completo de la tesis y profesión.

*NOTA: Al realizarse la colegiación, el profesional cuenta con cinco días hábiles posteriores al acto para retirar sus constancias y título profesional; vencido dicho plazo la Junta Directiva no se hace responsable de la custodia del título profesional y las constancias respectivas.*

## CUOTA A CANCELAR EN EFECTIVO:

(Acta de Junta Directiva No. 11-2025/2027 del 01-09-25)

\*Junta Directiva 2025-2027

### **QUÍMICO BIÓLOGO**

Cuota de Inscripción y demás	Q. 516.50
Cuota Anual	Q. 480.00
Defensa Gremial	Q. 200.00
Cuota Registro Sello Profesional	Q. 15.00
Cuota Anual Timbre	Q. 36.00
Beneficio Servicio Funerario	Q. 60.00
Sello Profesional	Q. 110.00
Constancia de Colegiado Activo	Q. 15.00
<b>TOTAL</b>	<b>Q.1,432.50</b>

Declaro solemnemente que cumpliré con todas las disposiciones emanadas de Asamblea General, Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, Estatutos y Reglamentos del Colegio, Normas de Moral, así como cualquier Acuerdo de la Junta Directiva u Organismos integrantes del Colegio de Farmacéuticos y Químicos de Guatemala.

(f) \_\_\_\_\_

Nombre de los padres \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_



# COLEGIO DE FARMACÉUTICOS Y QUÍMICOS DE GUATEMALA -COFAQUI-

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE Y SIN TACHONES)

NOMBRE \_\_\_\_\_

PROFESION \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

DPI \_\_\_\_\_ EXTENDIDO EN \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

NOMBRE ESPOSO (A) \_\_\_\_\_

RESIDENCIA \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

NIT \_\_\_\_\_ TIPO DE SANGRE \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO 01 \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO 02 \_\_\_\_\_

SU TÍTULO DE \_\_\_\_\_

EXTENDIDO EN LA UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_

CON FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA TESIS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COFAQUI



# COLEGIO DE FARMACÉUTICOS Y QUÍMICOS DE GUATEMALA -COFAQUI-

EMPRESA PARA LA CUAL LABORA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_

## **BENEFICIO FUNERARIO**

NOMBRE BENEFICIARIO (S): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DPI BENEFICIARIO (S): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NO. TEL BENEFICIARIO(S): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(F) \_\_\_\_\_

# COFAQUI