



COLEGIO DE FARMACÉUTICOS Y QUÍMICOS DE GUATEMALA -COFAQUI-

COLEGIADO NO. _____

CANCELADO CON RECIBO NO. _____

Guatemala, _____ de _____ del 20 _____

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 FARMACÉUTICO

Cuota de Inscripción y demás	Q. 513.50
Cuota Anual	Q. 480.00
Defensa Gremial	Q. 200.00
Cuota Timbre Administrativo	Q. 30.00
Cuota Anual Timbre	Q. 24.00
Beneficio Servicio Funerario	Q. 60.00
Sello Profesional	Q. 110.00
Constancia de Colegiado Activo	Q. 15.00
TOTAL	Q.1,432.50

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