



## COLEGIO DE INGENIEROS Y AGRIMENSORES DE PUERTO RICO

P.O. Box 363845 • San Juan, Puerto Rico 00936-3845

Tel. 758-2250 • Fax. 758-7639 / 756-8692

**Estimado(a) Colegiado(a):**

Con sumo orgullo y placer le damos la bienvenida a esta noble institución que durante casi siete décadas le ha servido a los puertorriqueños y a los profesionales que la componen.

Adjunto encontrará la Solicitud de Colegiación y requisitos para pertenecer al Colegio de Ingenieros y Agrimensores de Puerto Rico.

**Instrucciones:**

1. Completar la Solicitud de Ingreso.
2. Completar el documento de Designacion de Beneficiarios por muerte. Este documento es un beneficio al colegiado el cual debe estar firmado y no conlleva cargos adicionales.
3. Entregar los siguientes documentos originales para nosotros sacarle copia:
  - Copia de su Certificad/Licencia que le acredite como ingeniero/agrimensor, otorgado por la Junta Examinadora.
  - Original de su Diploma o Certificacion de Graduación de Universidad.
  - Una foto 2x2
  - Una identificación con retrato preferiblemente licencia de conducir.
4. Puede llamar a nuestras oficinas para recibir información sobre la cantidad a pagar.el pago lo puede hacer mediante cheque, giro o tarjeta de credito (visa, mastercard o A TH).

**BIENVENIDO!**



# COLEGIO DE INGENIEROS Y AGRIMENSORES DE PUERTO RICO

P.O. Box 363845 • San Juan, Puerto Rico 00936-3845

Tel. 758-2250 • Fax. 758-7639 / 756-8692

## SOLICITUD DE INGRESO

\_\_\_\_\_

<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial</b>
-------------------------	-------------------------	---------------	----------------

**Dirección Residencial** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal** \_\_\_\_\_

**Dirección Electronica** \_\_\_\_\_

**Teléfono celular** \_\_\_\_\_ **Teléfono Oficina** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Lugar de Nacimiento** \_\_\_\_\_

Mes                          Día                          Año

**Nombre Universidad donde terminó sus estudios** \_\_\_\_\_

**Otras Instituciones Universitarias a las que asistió:**

Nombre	Titulo Obtenido
_____	_____
_____	_____

**Fecha de Graduación** \_\_\_\_\_

**Asistí a Repaso de Revalida Fundamental: Institución:** \_\_\_\_\_

**Asistí a Repaso de Revalida Profesional: Institución:** \_\_\_\_\_

**Profesión:** Ingeniero en Entrenamiento  Agrimensor en Entrenamiento  
 Ingeniero en Entrenamiento  
 Ingeniero Licenciado  Agrimensor Licenciado

**Especialidad** \_\_\_\_\_ **Otro** \_\_\_\_\_  
 (Civil, Químico, Mecánico, Industrial, Electricista, Computadora, Ambiental y/o Agrimensura)

**Certificado Numero:** \_\_\_\_\_

**Licencia Número :** \_\_\_\_\_



Fecha en que le fue otorgada la Licencia o el Certificado de Ingeniero o Agrimensor por la Junta Examinadora \_\_\_\_\_

Fecha en que expira su Licencia o el Certificado de Ingeniero en Entrenamiento \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Num. Seg Social \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Impedimentos: \_\_\_\_\_

Miembros de su Familia:

Nombre Cónyuge \_\_\_\_\_ Num. S.S \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Hijos:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Núm Seg Social
_____	_____	_____-_____-_____
_____	_____	_____-_____-_____
_____	_____	_____-_____-_____
_____	_____	_____-_____-_____
_____	_____	_____-_____-_____

Lugar de Empleo

\_\_\_\_\_ Empresa Privada      \_\_\_\_\_ Gobierno      \_\_\_\_\_ Empresa Propia

Posición: \_\_\_\_\_

Tipo de Empresa (Diseño, Construcción, Manufactura, etc.) \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Dirección Electronica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma



TRIPLE-S VIDA, INC.  
 P. O. BOX 363786  
 SAN JUAN, P. R. 00936-3786  
 Solicitud de Seguro de Vida e Incapacidad

<b>PATRONO</b>	1. Nombre de la Compañía COLEGIO DE INGENIEROS Y AGRIMENSORES PR	2. Código del Cliente 12998	2.1 Localización N/A	3. Clasificación del Empleado N/A	4. Ingreso Anual N/A
	5. Trabaja por lo menos 30 horas semanales a tiempo completas con este patrono. N/A Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		6. Fecha de COLEGIADO Día   Mes   Año		7. Ocupación
<b>EMPLEADO</b>	9. Apellidos Nombre		10. Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Otro: _____		11. Fecha de Nacimiento Día   Mes   Año
	12. Dirección Postal	Zip Code	Teléfono		13. Número de Seguro Social
<b>14. Cubiertas Solicitadas</b> <input checked="" type="checkbox"/> Vida					
<b>DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS</b>					
15. Por la presente autorizo a Triple-S Vida, Inc. que designe en mis cubiertas aquí solicitadas, como beneficiarios a las siguientes personas:					
<u>Nombre (completo con dos apellidos)</u>		<u>Parentesco</u>		<u>Cantidad (%)</u>	
				100%	
<b>DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS CONTINGENTE (S)</b>					
<u>Nombre (completo con dos apellidos)</u>		<u>Parentesco</u>		<u>Cantidad (%)</u>	
				100%	
<b>AVISO</b>					
<p>LA LEY NÚM. 18 DEL 8 DE ENERO DE 2004 ADVIERTE A TODA PERSONA LO SIGUIENTE: "CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y QUE CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO O, QUE PRESENTARE, AYUDARE O HICIERE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA U OTRO BENEFICIO, O PRESENTARE MÁS DE UNA RECLAMACIÓN POR UN MISMO DAÑO O PÉRDIDA, INCURRIRÁ EN DELITO GRAVE Y CONVICTO QUE FUERE, SERÁ SANCIONADO, POR CADA VIOLACIÓN CON PENA DE MULTA NO MENOR DE CINCO MIL (5,000) DÓLARES, NI MAYOR DE DIEZ MIL (10,000) DÓLARES O PENA DE RECLUSIÓN POR UN TÉRMINO FIJO DE TRES (3) AÑOS, O AMBAS PENAS. DE MEDIAN CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES, LA PENA FIJA ESTABLECIDA PODRÁ SER AUMENTADA HASTA UN MÁXIMO DE CINCO (5) AÑOS; DE MEDIAN CIRCUNSTANCIAS ATENUANTES, PODRÁ SER REDUCIDA HASTA UN MÍNIMO DE DOS (2) AÑOS."</p>					
17. Certifico que las aseveraciones antes hechas son ciertas y completas. Autorizo a mi patrono a hacer las deducciones de mi salario para las aportaciones necesarias, si algunas, para las cubiertas solicitadas.					
Testigo de la Firma		Fecha		Firma	