

## SOLICITUD DE CONGELAMIENTO

### I. Requisitos para la solicitud

Para presentar la solicitud de congelamiento, la persona agremiada debe presentar:

1. El formulario de solicitud debidamente lleno y firmado. La letra debe ser legible y no utilizar abreviaturas.	
2. Presentar la cédula de identidad al día para nacionales. En caso de personas extranjeras, deberán presentar la cédula de residencia que autorice el ejercicio de la respectiva profesión en Costa Rica.	
3. Declaración jurada debidamente firmada, donde se manifieste bajo juramento que, durante el plazo del congelamiento no va a ejercer la profesión respectiva (se encuentra incluida en el formulario).	
4. Si el carné profesional fue sustraído, robado, se destruyó o se extravió, el colegiado deberá presentar, al momento de la formalización del congelamiento, una declaración jurada en la que indique el motivo exacto por el cual no resulta posible su devolución (se encuentra incluida en el formulario).	
5. Encontrarse al día con el pago de las cuotas de colegiatura. Para personas que presenten condiciones médicas o de salud comprobables que les hayan impedido pagar cuotas de colegiatura, este requisito se sustituirá por el de presentar documentación que compruebe dichas condiciones médicas o de salud.	

II. **Información para considerar.** Consulte información importante sobre el proceso de congelamiento en la sección de la página web.

### III. Formulario

DATOS PERSONALES			
Fecha de solicitud:			
Nombre completo:			
Nro. de cédula:		Nro. de carné	CTCR-____-____
Medios para notificaciones	Teléfono:		
	Correo electrónico:		
SOLICITUD DE CONGELAMIENTO			

¿Solicita una prórroga de congelamiento? (Marque con "x")	Sí		No	
Plazo (Marque con "x" el plazo por el cual desea congelar su colegiatura)	Un año			
	Dos años			
	Más de cuatro años (aplica para personas que se ausentarán del país, debe adjuntar justificación)			
<b>MOTIVO DE LA SOLICITUD</b> (explique las razones de su solicitud de congelamiento)				
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
<b>DECLARACIÓN JURADA</b> (no ejercicio profesional durante el periodo del congelamiento y aceptaciones)				
<p>Entendido(a) sobre las penas con las que la legislación costarricense castiga los delitos de perjurio y/o de falso testimonio, bajo la fe de juramento <b>DECLARO: PRIMERO:</b> Que soy agremiado(a) al Colegio de Terapeutas de Costa Rica en el área de _____.</p> <p><b>SEGUNDO:</b> Que deseo realizar el trámite de <b>Congelamiento</b>. <b>TERCERO:</b> Que conozco y comprendo los alcances y consecuencias que dicho trámite trae para mi persona en cuanto al ejercicio de la profesión, tales como: <b>a)</b> que los artículos 39, 40 y 42.b de la Ley Nro. 8989, así como los artículos 54 y 58 del Reglamento Ejecutivo a la Ley Nro. 8989, señalan que los profesionales en las áreas que alberga el Colegio de Terapeutas solo pueden ejercer su profesión mientras estén incorporados como miembros en condición activa a este Colegio Profesional; <b>b)</b> que una vez aprobada la solicitud de congelamiento por parte de Junta Directiva del Colegio de Terapeutas, el(la) suscrito(a) profesional se encuentra imposibilitado jurídicamente para ejercer su profesión, sin previa reincorporación al Colegio de Terapeutas de Costa Rica como miembro activo; <b>c)</b> que en caso de ejercer la profesión en condición de congelamiento, estoy expuesto(a) a responsabilidad disciplinaria y/o penal, estando facultado el Colegio de Terapeutas para tomar las acciones legales que correspondan, por violación a los deberes profesionales y por ejercicio ilegal de la profesión.</p> <p><b>CUARTO:</b> Que en caso de que la solicitud sea aprobada por la Junta Directiva del Colegio, no voy a ejercer la profesión antes dicha durante el plazo de ____ año (s) calendario a partir de dicha aprobación, de conformidad con lo establecido en la normativa del Colegio de Terapeutas. <b>QUINTO:</b> Que conozco, comprendo y acepto a cabalidad las implicaciones</p>				
<b>SISTEMA DE GESTIÓN COLEGIO DE TERAPEUTAS DE COSTA RICA</b>				
8F08	Solicitud de congelamiento	V. 02	F. 03-02-2024	Página 2 / 4

legales de ejercer la profesión antes dicha bajo el estatus de **Congelamiento**, así como las condiciones, instrucciones y requisitos establecidos para este procedimiento. **SEXTO:** Manifiesto que la información, datos, documentos y declaraciones que incluyo en este formulario oficial son actuales, verdaderos, legítimos, auténticos, válidos y eficaces; verificables en cualquier momento y por cualquier medio o forma. **ES TODO.** Firmo en San José, a las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de dos mil \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_

**-ÚLTIMA LÍNEA DE LA SOLICITUD, LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN LOS PRÓXIMOS ESPACIOS SE LE PROPORCIONARÁ UNA VEZ APROBADA LA SOLICITUD-**

PROCESO POSTERIOR A LA APROBACIÓN DEL CONGELAMIENTO				
DATOS SOBRE APROBACIÓN DE SOLICITUD (PARA USO EXCLUSIVO DEL CTCR)				
Usuario CTCR:				
Nro. de sesión	Fecha		Nro. de acuerdo	
Vigencia del congelamiento	Desde:		Hasta:	
ENTREGA DE CARNÉ PARA CUSTODIA DEL CTCR (PARA USO EXCLUSIVO DEL CTCR)				
Fecha de entrega de carné:				
¿Cuenta con carné profesional vigente?	Sí		No	
¿Entrega carné profesional?	Sí		No	
Firma por entrega de credenciales: _____				
DECLARACIÓN JURADA DE NO ENTREGA DE CARNÉ PROFESIONAL (sólo en caso de que no se entregue el carné y este se encuentre vigente)				
SISTEMA DE GESTIÓN COLEGIO DE TERAPEUTAS DE COSTA RICA				
8F08	Solicitud de congelamiento	V. 02	F. 03-02-2024	Página 3 / 4

Yo manifiesto que conozco las penas con las que la legislación costarricense castiga los delitos de perjurio y/o de falso testimonio y bajo la fe de juramento, **DECLARO**, que: **PRIMERO:** Que he sido agremiado (a) del Colegio de Terapeutas de Costa Rica, desde el año \_\_\_\_\_ y que en fecha \_\_\_\_\_ opté por el congelamiento. **SEGUNDO:** Que, en virtud de mi colegiatura, contaba con carné profesional vigente hasta la fecha \_\_\_\_\_, con el cual no cuento debido a \_\_\_\_\_. **TERCERO:** Que, por esta razón, no entrego carné profesional vigente al momento formalizar el proceso de congelamiento. **ES TODO.** Firmo en San José, a las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de dos mil \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_

**ACTIVACIÓN DE LICENCIA PROFESIONAL**  
(por finalización del plazo de congelamiento o activación anticipada)

<b>Fecha de la activación:</b>	
<b>Número de acuerdo de la activación:</b>	

**DEVOLUCIÓN DE CARNÉ AL AGREMIADO(A)**  
(por finalización del plazo de congelamiento o activación anticipada)

<b>Fecha de devolución de carné:</b>	
<b>Firma de recibido del carné profesional:</b>	

### CONTROL DE VERSIONES

Previo a su publicación en el Sistema de Gestión Digital, este documento lo revisó el Coordinador de Gestión y aprobó la Dirección Ejecutiva de Colegio de Terapeutas de Costa Rica.

Versión	Fecha	Origen del cambio
1	01-03-2021	Modificación de contenido