

# SOLICITUD DE REFRENDO DE CERTIFICACIÓN POR DISCIPLINAS PARA SOCIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DE CONTADORES PÚBLICOS

# (Llenar a máquina o con letra de molde)

LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COLEGIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nº DE CERTIFICADO \_\_\_\_\_\_ FECHA DE VENCIMIENTO \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_**

año mes día

|  |  |
| --- | --- |
| **Contabilidad ( )** | **Contabilidad Gubernamental ( )** |
| **Contabilidad y Auditoría Gubernamental ( )** | **Finanzas ( )** |
| **Fiscal ( )** | **Costos ( )** |

Habiendo cumplido con lo estipulado en el artículo 15 de los Reglamentos para la Certificación por Disciplinas, solicito al Consejo de Evaluación para la Certificación, el refrendo de mi certificado, para lo cual entrego:

1. **Solicitud de Refrendo de Certificación por Disciplinas,** debidamente requisitada y firmada.
2. **Formato de Datos Básicos**.
3. **Manifestación sobre el Cumplimiento de la Norma de Educación Profesional Continua para Refrendo de Certificación por Disciplinas, debidamente requisitada y firmada**.
4. **Constancias de cumplimiento de EPC de los últimos 4 años (fotocopias),** expedidas por mi Colegio.
5. **Dos fotografías de estudio, a color, tamaño diploma**. (hombres: con saco y corbata).
6. **Copia de su Certificación por Disciplinas.**
7. **Para tramitar su pago diríjase a la siguiente liga electrónica:** <http://tienda.imcp.org.mx/certificacion>**, $4,250.00** (cuatro mil doscientos cincuenta pesos 00/100 M.N).

A t e n t a m e n t e,

|  |  |
| --- | --- |
| Contador(a) Público(a) Certificado(a) | Vo.Bo. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Nombre y firma | Firma y sello |

Llenar esta solicitud en 3 tantos a máquina o con letra de molde: Original para el IMCP, 1ª copia para el Colegio y 2ª copia para el aspirante.

|  |
| --- |
| FORMATO DE DATOS BÁSICOS |

DATOS PERSONALES

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | | | Nombre (s) | |
| Sexo | Estado Civil | | Lugar de Nacimiento | R.F.C. | | Registro ante la AGAFF |
| 🞏 Masculino 🞏 Femenino |  | |  |  | |

DOMICILIO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Calle y Número | Colonia | Código Postal |
| Delegación | Ciudad | Estado |
| Teléfono | Fax | Correo Electrónico |

EMPRESA, INSTITUCIÓN O DESPACHO EN QUE LABORA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sector Laboral   Independiente 🞏 | Nombre de la Empresa, Institución o Despacho | Antigüedad |
| Años Meses |
| Docencia 🞏 Gubernamental 🞏 Empresa 🞏 Otros 🞏 | Puesto | |

DOMICILIO DE LA EMPRESA, INSTITUCIÓN O DESPACHO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Calle y Número | Colonia | Código Postal |
| Delegación | Ciudad | Estado |
| Teléfono | Fax | Correo Electrónico |

ORGANISMOS PROFESIONALES A LOS QUE PERTENECE

|  |
| --- |
| Colegio Profesional Afiliado al IMCP |
| Otros Organismos Profesionales |

GRADOS ACADÉMICOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grado Académico | Institución | Año de Obtención de título |
| Licenciatura |  |  |
| Posgrado |  |  |

DATOS PARA LA FACTURACIÓN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A nombre de: |  | R.F.C. | |
|  |  |  | |
| Calle y número | | Colonia | Código postal |
| Delegación | | Ciudad | Estado |

**Instituto Mexicano de Contadores Públicos, A. C.,** aprovecha para informarle que de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, se entenderá que usted está de acuerdo con la recopilación, uso, transferencia y almacenamiento de los datos personales, patrimoniales y, en su caso, sensibles que nos sean proporcionados con motivo de “Solicitud de Examen Uniforme de Certificación, Certificación por Disciplinas”, para mayor información respecto a nuestras políticas de privacidad por favor consulte la página (según corresponda) **(**[**www.imcp.org.mx**](http://www.imcp.org.mx)**)**