



Instituto Mexicano de Contadores Públicos

CONSEJO DE EVALUACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE LA CONTADURÍA PÚBLICA

SOLICITUD DE REFRENDO DE CERTIFICACIÓN (Llenar a máquina o con letra de molde)

LUGAR Y FECHA _____

COLEGIO _____

Nº DE CERTIFICAD _____ FECHA DE VENCIMIENTO ____/____/____
año mes día

Habiendo cumplido con lo estipulado en el artículo 12 del Reglamento para la Certificación Profesional de los Contadores Públicos, solicito al Consejo de Evaluación para la Certificación el refrendo de mi certificado, para lo cual entrego:

- a) **Solicitud de Refrendo de Certificación**, debidamente requisitada y firmada. ()
- b) **Formato de Datos Básicos**, debidamente requisitado y firmado. ()
- c) **Manifestación sobre el Cumplimiento de la Norma de Educación Profesional Continua para Refrendo de Certificación, debidamente requisitada y firmada.** ()
- d) **Constancias de DPC de los últimos 4 años (fotocopias)**, expedidas por mi Colegio. ()
- e) **Dos fotografías de estudio, a color, tamaño diploma**
- f) **(hombres: con saco y corbata).** ()
- g) **Copia de su último Certificado de Refrendo**
- h) **Para tramitar su pago diríjase a la siguiente liga electrónica:**
<http://tienda.imcp.org.mx/certificacion> \$4,470.00 (cuatro mil cuatrocientos setenta pesos 00/100 M.N).

Atentamente,

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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil	Lugar de Nacimiento	R.F.C.	Registro ante la AGAFF	

DOMICILIO

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

EMPRESA, INSTITUCIÓN O DESPACHO EN QUE LABORA

Sector Laboral <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Docencia <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Otros	Nombre de la Empresa, Institución o Despacho	Antigüedad Años Meses	
	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	

OBSERVACIONES

--