



CONSEJO DE EVALUACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE LA
CONTADURÍA PÚBLICA

SOLICITUD DE REFRENDO DE CERTIFICACIÓN
POR DISCIPLINAS
(Formato editable)

LUGAR Y FECHA _____

COLEGIO _____

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

NORMAS DE INFORMACIÓN FINANCIERA ()	CONTABILIDAD GUBERNAMENTAL ()
CONTABILIDAD Y AUDITORÍA GUBERNAMENTAL ()	FINANZAS EMPRESARIALES ()
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:

- Solicitud de Refrendo de Certificación por Disciplinas, debidamente requisitada y firmada.
- Formato de Datos Básicos, debidamente requisitado y firmado.
- Manifestación sobre el Cumplimiento de la Norma de Desarrollo Profesional Continua para Refrendo de Certificación por Disciplinas, debidamente requisitada y firmada.
- Constancias de DPC de los últimos 4 años (fotocopias), expedidas por mi Colegio.
- Dos fotografías de estudio, a color, tamaño diploma (hombres: con saco y corbata).
- Copia de su último Certificado de Refrendo
- Para tramitar su pago diríjase a la siguiente liga electrónica:
http://tienda.imcp.org.mx/v2/certificacion/refrendo_de_certificacion_por_disciplinas_20096 \$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 del Colegio

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	Nombre de la Empresa, Institución o Despacho	Antigüedad	
<input type="checkbox"/> Gubernamental		Años	Meses
<input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> 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)