



# Instituto Mexicano de Contadores Públicos

## CONSEJO DE CERTIFICACIÓN DE LA CONTADURÍA PÚBLICA

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

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

COLEGIO \_\_\_\_\_

Nº DE CERTIFICADO \_\_\_\_\_ 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 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 EPC de los últimos 4 años (fotocopias)**, expedidas por mi Colegio. ( )
- e) **Dos fotografías de estudio, a color, tamaño diploma** (hombres: con saco y corbata). ( )
- f) **Ficha de depósito, debidamente sellada por el banco, a la cuenta 0444104714, o transferencia bancaria a la cuenta 012180004441047141 de BBVA BANCOMER, plaza 1, a nombre del Instituto Mexicano de Contadores Públicos, A. C., por la cantidad de \$ 3,150.00 (tres mil ciento cincuenta 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"/> Empresa	<input type="checkbox"/> Gubernamental <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

--

