

## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN POR DISCIPLINAS EN COSTOS

(Llenar a máquina o con letra de molde)

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

**COLEGIO** \_\_\_\_\_

<b>Nº DE CERTIFICADO</b> _____	<b>FECHA DE VENCIMIENTO</b> ____/____/____
<b>* Para uso y llenado exclusivo del IMCP</b>	año mes día

En cumplimiento con lo estipulado en el artículo 1° Transitorio d el **Reglamento del Proceso de Certificación por Disciplinas en Costos**, entrego la siguiente documentación:

- a) **Solicitud de Certificación por Disciplinas en Costos**, debidamente requisitada y firmada
- b) **Formato de Datos Básicos**, debidamente requisitado
- c) **Constancia de Cumplimiento de la Norma de Educación Profesional Continua, o constancias de Educación Profesional Continua de los últimos 4 años (fotocopias)**, expedidas por mi Colegio o por la Academia Mexicana de Costos y Gestión (AMCG) o documentos equivalentes a 260 horas de Educación Profesional Continua
- d) **Cédula Profesional**, expedida por la **Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública**
- e) **Comprobante(s) de estudio(s) de Postgrado**, en su caso
- f) **Constancia de práctica profesional (original) de, por lo menos, siete años (carta de antigüedad laboral)**
- g) **Currículum vitae actualizado**, indicando los periodos de los cargos ocupados.
- h) **Dos fotografías de estudio fotográfico, a color, tamaño diploma** (hombres: con saco y corbata)
- i) **Ficha de depósito (original), 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., SOCIO \$ 3,000.00** (tres mil pesos 00/100 M. N.) **NO SOCIO \$ 3,480.00** (tres mil cuatrocientos ochenta pesos 00/100 M. N.) IVA incluido

Atentamente,

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 AMCG o Colegio Federado IMCP 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**

<b>A nombre de:</b>	<b>R.F.C.</b>	
<b>Calle y número</b>	<b>Colonia</b>	<b>Código postal</b>
<b>Delegación</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>

**OBSERVACIONES**

--

