

# Solicitud de Presentación del

# EXAMEN DE CERTIFICACIÓN EN MATERIA DE LA LEY FEDERAL PARA LA PREVENCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE OPERACIONES CON RECURSOS DE PROCEDENCIA ILÍCITA (LFPIORPI)

#  (Llenar a máquina o con letra de molde)

**Folio \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Lugar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Conforme al artículo 3 del Reglamento para la Certificación Profesional por Disciplinas, solicito al Consejo de Certificación me permita sustentar el ECD en LFPIORPI, para lo cual entrego:

1. **Solicitud de Certificación por disciplinas en LFPIORPI,** debidamente requisitada y firmada.
2. **Formato de Datos Básicos,** debidamente requisitado.
3. **Título profesional (copia) con,** por lo menos, dos años de haberlo obtenido.
4. **Cédula Profesional, expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.**
5. **Constancia de práctica profesional (original) de, por lo menos, tres años (cartas de antigüedad laboral).**
6. **Tres fotografías de estudio fotográfico, a color, tamaño diploma** (hombres: con saco y corbata).
7. **Para tramitar su pago diríjase a la siguiente liga electrónica:** [**https://tienda.imcp.org.mx/v2/certificacion**](https://tienda.imcp.org.mx/v2/certificacion) **$5,460.00 (cinco mil cuatrocientos sesenta pesos 00/100 M.N) para SOCIO o $7,300.00 (siete mil trescientos pesos 00/100 M.N) para NO SOCIO**

Asimismo, estoy enterado de que, si soy **SOCIO** y apruebo el **ECD,** pagaré además **$ 2,120.00** (dos mil ciento veinte pesos 00/100 M. N.) por trámites de Certificación. Y si soy **NO SOCIO** y apruebo el **ECD,** pagaré además **$ 3,150.00** (tres mil ciento cincuenta pesos 00/100 M. N.) IVA incluido, por trámites de Certificación.

|  |  |
| --- | --- |
| A t e n t a m e n t e  | 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 Colegio Federado IMCP 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 y cédula profesional |
| 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)**)**