

# FEDERACIÓN NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE CONTADORES PÚBLICOS, A.C. Registro ante S.E.P. 339

## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL:

En cumplimiento con lo estipulado en el artículo 1° Transitorio del Reglamento del Proceso de Certificación en Seguridad Social, entrego la siguiente documentación:

- a) **Solicitud debidamente requisitada y firmada de Certificación en Seguridad Social.** ( )
- b) **Formato de Datos Básicos**, debidamente llenado. ( )
- c) **Una fotografía de estudio fotográfico, a color o Blanco y Negro, Tamaño Título (ovalada, en papel mate 9X6 cm o 90X60 mm)**, (hombres: con saco y corbata, mujeres: blusa blanca y saco). ( )
- d) **Una fotografía tamaño infantil**, pegada en su respectivo recuadro en el Formato de Datos Personales. ( )
- e) **Constancia de práctica profesional.** (Cartas de despachos que hayan dictaminado para el IMSS acompañada de la constancia de recepción por el IMSS, por los últimos 7 años, **en original y firma autógrafa.**) ( )
- f) **Fotocopia de la Cédula Profesional de Contador Público, expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.** ( )
- g) **Fotocopias de Comprobante(s) de estudio(s) de Postgrado**, (si los tiene). ( )
- h) **Currículum vitae actualizado**, indicando los periodos de los cargos ocupados, de preferencia en hoja membretada. ( )
- i) **Constancias de cumplimiento a las fracciones I y II del artículo 154 del Reglamento de la ley del Seguro Social en Materia de Clasificación de Empresas, Afiliación, Recaudación y Fiscalización emitidas por la FNAMCP o por organismo profesional Reconocido o bien, manifestaciones equivalentes a los últimos 4 años** (documentos equivalentes a un mínimo de 25 horas por año, que puedan ser comprobables.) (Única y exclusivamente del IMSS). ( )
- j) **Ficha de depósito a nombre la Federación Nacional de la Asociación Mexicana de Colegios de Contadores Públicos A.C. en original y debidamente sellada por BANAMEX, a la Cuenta 5671059 Sucursal 0380**, o transferencia bancaria a la cuenta **002320038056710599**, por \$2,500.00 (dos mil quinientos pesos 00/100 M. N.) cada una y \$500.00 (quinientos pesos 00/100 M.N.) + IVA por concepto de Gastos Administrativos cada una. ( )

**La Documentación será revisada exhaustivamente y solo se otorgaran las certificaciones que procedan con los requisitos señalados en esta solicitud y quienes no tengan integrado su expediente completo se les solicitará que lo completen y quienes no lo hagan les será reintegrado su depósito.**

La presente solicitud fue elaborada en la Ciudad de \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_.

Solicitante

Visto bueno del Presidente del colegio

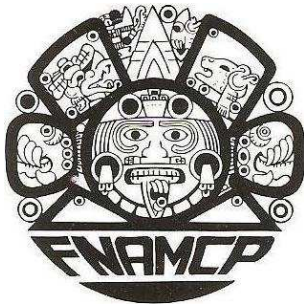
Nombre completo y firma autógrafa

Nombre del Colegio que avala y sello

Nombre completo y firma autógrafa

Favor de llenar esta solicitud en 3 tantos en Computadora, a máquina de escribir o con letra de molde **legible: Original para la FNAMCP**, 1ª copia para el Colegio o Asociación Federado y 2ª copia para el aspirante y entregarlos en un Colegio Federado o enviarlos a **Av. Paseo de la Arboleda #2704-A Col. Bosques de la Victoria C.P. 44540 Guadalajara, Jalisco**, en atención al C.P.C. y Mtro. Ignacio Camarena Avalos.

*Nueva Solicitud de Certificación por Disciplina de Seguridad Social FNAMCP (2014)*



# FEDERACIÓN NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE CONTADORES PÚBLICOS, A.C.

## Registro ante S.E.P. 339

Pegue su  
foto aquí.  
**(Tamaño  
Infantil)**

### FORMATO DE DATOS BÁSICOS PARA LA CERTIFICACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL

#### DATOS PERSONALES

Título Profesional Abreviado			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Cedula Profesional
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 y/o Fax	Correo Electrónico	

#### EMPRESA, INSTITUCIÓN O DESPACHO EN QUE LABORA

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

#### DOMICILIO DE LA EMPRESA, INSTITUCIÓN O DESPACHO

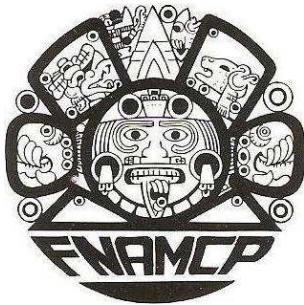
Calle y Número	Colonia	Código Postal
Delegación	Ciudad	Estado
Teléfono y/o Fax	Correo Electrónico	

#### ORGANISMOS PROFESIONALES A LOS QUE PERTENECE

Colegio o Asociación Federado	No. de Socio
Otros Organismos Profesionales	No. de Socio

#### GRADOS ACADÉMICOS

Grado Académico	Institución	Año de Obtención de título
Licenciatura		
Posgrado (s)		
Otro		



# FEDERACIÓN NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE CONTADORES PÚBLICOS, A.C. Registro ante S.E.P. 339

## DATOS PARA LA FACTURACIÓN

A nombre de:		R.F.C.
Calle y número	Colonia	Código postal
Delegación	Ciudad o Municipio	Estado
E-mail para el envío de la Factura Electrónica		

## COMENTARIOS ADICIONALES


### Solo para uso y control de la FNAMCP:

#### CERTIFICACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL

Certificado No. \_\_\_\_\_

Fecha de recepción en la FNAMCP \_\_\_\_\_

Fecha de otorgamiento \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_

Revisado por \_\_\_\_\_

Firma de quien revisó \_\_\_\_\_