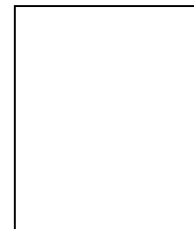


ASOCIACIÓN MEXICANA de CONTADORES PÚBLICOS,
COLEGIO PROFESIONAL EN EL DISTRITO FEDERAL, A.C.



Solicitud para el
Trámite de Re-Certificación

Vigencia del certificado anterior _____ Fecha de solicitud _____

No de socio _____ Nombre _____

AGAFF

IMSS

INFONAVIT

TESORERIA

Domicilio Particular

Calle

No ext

No Int

Colonia

Delegación

C.P.

Teléfono

Correo Electrónico

Datos profesionales

Empresarial

Independiente

Gubernamental

Docencia

Nombre de la institución o despacho

Antigüedad

Domicilio Fiscal

Calle

No ext

No Int

Colonia

Delegación

C.P.

Teléfono

Correo Electrónico

Colegio al que pertenece:

Firma del interesado (a)