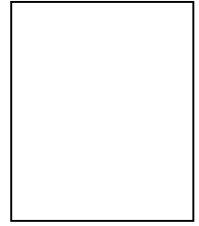


**ASOCIACIÓN MEXICANA DE CONTADORES PÚBLICOS,
COLEGIO PROFESIONAL EN EL DISTRITO FEDERAL, A.C.**



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 _____

