



**SOLICITUD DE INGRESO AL COLEGIO DE CONTADORES PÚBLICOS DE MÉXICO, A.C.**

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 1.2 del Reglamento del Colegio de Contadores Públicos de México, A.C., atentamente solicito mi admisión como miembro de ese Colegio, por lo cual proporciono la información y documentación requerida:

Motivo de Afiliación \_\_\_\_\_ Núm. \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN GENERAL**

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 RFC \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_

**DOMICILIO PARTICULAR**

Calle y número \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_  
 Delegación \_\_\_\_\_ Población Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfonos \_\_\_\_\_ e-mail personal \_\_\_\_\_

**DOMICILIO PROFESIONAL**

Lugar donde prestas tus servicios \_\_\_\_\_  
 Cargo \_\_\_\_\_  
 Calle y número \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_  
 Delegación \_\_\_\_\_ Población Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Teléfonos \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
 Enviar correspondencia a:  Domicilio Particular  Empresa e - mail profesional \_\_\_\_\_

**SECTOR Y ESPECIALIDAD**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <p><b>01 Docencia</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo completo</p> <p><input type="checkbox"/> Investigador</p> <p><input type="checkbox"/> Otra _____</p> | <p><b>02 Empresa</b></p> <p><input type="checkbox"/> Administración</p> <p><input type="checkbox"/> Contabilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Contraloría</p> <p><input type="checkbox"/> Costos - Presupuestos</p> <p><input type="checkbox"/> Finanzas</p> <p><input type="checkbox"/> Auditoría</p> <p><input type="checkbox"/> Otra _____</p> | <p><b>03 Gubernamental</b></p> <p><input type="checkbox"/> Federal</p> <p><input type="checkbox"/> Estatal</p> <p><input type="checkbox"/> Municipal</p> <p><input type="checkbox"/> Otra _____</p> | <p><b>04 Independiente</b></p> <p><input type="checkbox"/> Auditoría</p> <p><input type="checkbox"/> Consultoría</p> <p><input type="checkbox"/> Fiscal</p> <p><input type="checkbox"/> Sistemas</p> <p><input type="checkbox"/> Otra _____</p> |
|---|--|---|---|

**SOCIO TITULADO**

Carrera que estudiaste \_\_\_\_\_  
 Egresado de \_\_\_\_\_  
 Cédula Profesional \_\_\_\_\_ Fecha de Titulación Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 Forma de Titulación \_\_\_\_\_  
 Título de Tesis / Tesina \_\_\_\_\_  
 Estudio de Posgrado \_\_\_\_\_  
 Registro ante la AGAFF \_\_\_\_\_ Número de Certificación ante el IMCP \_\_\_\_\_

**SOCIO PASANTE / ESTUDIANTE**

Carrera que estudias \_\_\_\_\_ Grado que Cursas \_\_\_\_\_  
 Institución donde estudias \_\_\_\_\_  
 Incorporada a \_\_\_\_\_ Página web \_\_\_\_\_

Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Firma del Interesado \_\_\_\_\_

Nota: Para optimizar el servicio del Colegio, en caso de haber algún cambio de domicilio, favor de avisar oportunamente

Bosque de Tabachines No. 44, Fracc. Bosques de las Lomas, Deleg. Miguel Hidalgo, 11700 México, D.F. Tel. 1105 1900 ext. 1611 / 1618 / 1620 o 1105 191414

**■ SOCIOS QUE RECOMIENDAN**

1. Nombre \_\_\_\_\_

Número de Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

2. Nombre \_\_\_\_\_

Número de Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

**■ REQUISITOS DE AFILIACIÓN**

	Solicitud de Ingreso	Fotocopia del Acta de Nacimiento	Fotocopia de Cédula Profesional (por ambos lados)	Fotocopia de Título Profesional (por ambos lados)	Cédula del Fondo de Defunción (por triplicado, con firma autógrafa)	Fotocopia del Acta de Titulación	Carta Pasante	Constancia de Estudios (Credencial vigente, historial académico o tira de materias)	Formato FMM, TRT o TRP	Curriculum Vitae
Titulado	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓
Recién Titulado	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓
Docente Tiempo Completo	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓
En Trámite de Obtención del Título	✓	✓			✓					✓
Titulado, Carrera Afín	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓
Pasante	✓	✓					✓			
Estudiante	✓	✓						✓		
Extranjero Titulado	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓

Para mayor información, comuníquese a la Gerencia de Afiliación y Servicio a Socios:

Teléfono: 1105 1900 ext. 1611 / 1618 /1620 ó 1105 1914

e-mail: [afiliacion@colegiocpmexico.org.mx](mailto:afiliacion@colegiocpmexico.org.mx)

Portal electrónico: [www.ccpm.org.mx](http://www.ccpm.org.mx)

**Aviso de Privacidad para Afiliados:**

**El Colegio de Contadores Públicos de México, 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 del "proceso de afiliación" y afiliación, para mayor información respecto de nuestras políticas de privacidad por favor consulte la página [www.ccpm.org.mx](http://www.ccpm.org.mx)**

\_\_\_\_\_

Firma de Conformidad