



FNAMEC

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

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 Titulo (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 FNAMEC o por organismo profesional Reconocido o bien, manifestaciones equivalentes a los últimos 4 años** (documentos equivalentes a un mínimo de: si no cuente con el Registro del IMSS deberá cumplir con un mínimo **24 horas por año**;; una vez obtenido el registro del IMSS deberá cumplir con un mínimo de **12 horas por año**), que puedan ser comprobables. (Con temas Única y exclusivamente del IMSS). ()
- j) **El pago se debe de realizar a su Colegio/Asociación y este a su vez deberá de realizar el pago correspondiente a la FNAMEC, \$2,500.00 (dos mil quinientos pesos 00/100 M. N.), y \$500.00 (quinientos pesos 00/100 M.N.) + IVA por concepto de Gastos Administrativos de cada tramite.** ()

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 solicitara 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 FNAMEC**, 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 L.A.E. Jorge Rodríguez Santana.

Solicitud de Certificación por Disciplina de Seguridad Social FNAMEC (2024-2025)

Patricio Sanz No.1747 Edificio A Piso 6, Col. Del Valle Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México.

Tel. +52 (55) 5574 4563

www.fnamcp.org

fnamcp@fnamcp.org

**FNAMECP**FEDERACIÓN NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA
DE COLEGIOS DE CONTADORES PÚBLICOS A.C.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 el IMSS

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"/>	Puesto	Antigüedad ___ Años ___ Meses
Gubernamental <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/>		
Otros <input type="checkbox"/>		

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		



FNAMECP

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

INDICACIONES PARA REALIZAR EL TRAMITE:

1. El trámite de SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL, no tiene un periodo en específico en el año para realizar el trámite, pero debe de tener en cuenta que el proceso de realización del trámite puede durar de uno a dos meses.
2. La documentación escaneada se debe de enviar por e-mail a **certificacion@fnamcp.org**
3. El contador debe de realizar el pago a su Colegio/Asociación.
4. Una vez que el trámite fue revisado y procedió, el Colegio/Asociación debe de realizar el pago a la FNAMECP, según las indicaciones que reciba por e-mail.
5. Una vez recibido el e-mail que el trámite procedió, se debe de informar el número de guía y mensajería por el cual se enviaran los documentos que fueron aprobados para proceder con el trámite.
6. Cuando el Colegio/Asociación realice el pago correspondiente deberá de enviar el comprobante al e-mail **certificacion@fnamcp.org** junto a la Constancia de Situación Fiscal.
7. El Colegio/Asociación y el contador certificado debe de resguardar una copia del trámite realizado.

COMENTARIOS ADICIONALES

Solo para uso y control de la FNAMECP:

Certificado No. _____

Fecha de recepción en la FNAMECP _____

Inicio de Vigencia _____

Fin de Vigencia _____

Revisado por _____

Firma de quien revisó _____