



Federación Nacional CONLA, A. C.

CONSEJO NACIONAL DE CERTIFICACION PROFESIONAL DEL LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN
SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Fecha: _____
Lugar: _____

Folio: _____

Por medio de la presente, solicito al Consejo Nacional de Certificación Profesional del Licenciado en Administración.

- A) Que amparado en los artículos 3 y 4 del Reglamento para la Certificación Profesional del Licenciado en Administración, se me permita someterme al proceso de evaluación profesional, para la cual anexo a esta, la documentación requerida. ()
- B) Que de acuerdo con el Artículo 13 del Reglamento para la Certificación Profesional, lo estipulado en el Instrumento de Evaluación y a La Norma de Capacitación Profesional Permanente para la Certificación Profesional del Licenciado en Administración. referente al cumplimiento de requisitos de tipo profesional se me otorgue dicha Certificación, para la cual anexo a esta la **documentación básica** requerida. ()

Por tal Motivo, he llenado el formato de Datos Básicos y declaro bajo protesta de decir la verdad que obran en mi poder los documentos originales, de los cuales acompaño fotocopia y que son los siguientes:

- 1) Título y cédula Profesional expedida por la Dirección General de Profesiones de la SEP. ()
- 2) Currículum Vitae ()
- 3) Membresía del Colegio al que pertenece. ()
- 4) ****** Constancia de cumplimiento por cada uno de los tres años de la Norma de Capacitación Profesional Permanente (NCP) de acuerdo a la Certificación requerida expedida por el Colegio ()
- 5) Constancia de Práctica Profesional conforme al artículo 4 del Reglamento para la Certificación Profesional del Licenciado en Administración, conforme al instrumento de evaluación. ()
- 6) Dos fotografías a color tamaño oval ()
- 7) Dos fotografías a color tamaño título. ()
- 8) Otras (especificar) _____ ()
- 9) Así mismo anexo copia de la ficha de depósito a la cuenta 00141604953 BBVA Bancomer, S.A. Suc. 067, a nombre de Federación Nacional de Colegios de Licenciados en Administración, A. C., por la cantidad de: _____ SOCIO \$ 3,450.00 (tres mil cuatrocientos cincuenta pesos 00/100 M. N.) IVA incluido. _____ NO SOCIO \$ 5,175.00 (cinco mil ciento setenta y cinco 00/100 M. N.) IVA incluido, que corresponde a los derechos de Certificación por cumplimiento del reglamento correspondiente.
- 10) Otros fines de Certificación no contemplados en el reglamento, Especificar. _____

Solicitante

Vto. Bo. Colegio

Nombre y Firma.

Firma y Sello.

****EN EL CASO DE RECERTIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DURANTE EL AÑO 2005 Y PRIMER SEMESTRE DEL 2006, ESTE REQUISITO SERÁ CUBIERTO UNICAMENTE POR EL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.**

Llenar esta forma en tres tantos:

Original Federación Nacional Conla, A.C.

1ª. Copia Colegio Estatal o Regional

2ª Copia Solicitante

FORMATO DE DATOS BÁSICOS

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno.	Apellido Materno	Nombre(s)
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Lugar y Fecha de Nacimiento:	
R.F.C.	C.U.R.P.	No. Cédula Profesional

DOMICILIO

Calle y Numero	Colonia	C. P.
Delegación	Ciudad	Estado
Teléfono	Fax	E-mail

EMPRESA, INSTITUCIÓN O DESPACHO EN QUE LABORA

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

DOMICILIO DE LA EMPRESA, INSTITUCIÓN O DESPACHO

Calle y Numero	Colonia	C. P.
Delegación	Ciudad	Estado
Teléfono	Fax	E-mail

ORGANISMOS PROFESIONALES A LOS QUE PERTENECE

Colegio Profesional Afiliado a la Federación CONLA
Otros Organismos Profesionales

GRADOS ACADÉMICOS

Grado Académico:	Institución	Año de Obtención de Título o Grado
Licenciatura:		
Especialidad:		
Maestría:		
Doctorado:		

AREA(S) DE ESPECIALIDAD A CERTIFICAR

Administración <input type="checkbox"/>	Dirección <input type="checkbox"/>	Sistemas de Administración <input type="checkbox"/>	Mercadotecnia <input type="checkbox"/>
Operaciones <input type="checkbox"/>	Finanzas <input type="checkbox"/>	Personal <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>

DATOS PARA LA FACTURACIÓN

A nombre de:	R.F.C.	
Calle y número	Colonia	Código postal
Delegación	Ciudad	Estado

OBSERVACIONES

--