

**Unidad de Planeación y Evaluación de Políticas Educativas  
Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación  
Dirección de Acreditación y Certificación**



**ACUERDO 286-TITULACIÓN  
SOLICITUD PARA LA EMISIÓN DE TÍTULO PROFESIONAL**

SECRETARÍA DE  
EDUCACIÓN PÚBLICA

El llenado de este formato deberá hacerse con letra legible, registrando la totalidad de la información en los espacios correspondientes y no deberá contener tachaduras ni enmendaduras.

Fecha		Entidad Federativa en que inició el trámite:		Folio asignado por la SEP	
-------	--	--	--	---------------------------	--

Datos Generales del Solicitante	Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre(s):
	<p><b>Nota:</b> Es importante registrar los acentos aún utilizando altas y bajas, ya que de esta forma se expedirán el Título y la Cédula Profesional y no se podrán realizar correcciones posteriores.</p>		

Teléfono (solo Estados, indicar clave lada)	Casa:	Oficina:									
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lada</td> <td>Teléfono</td> </tr> </table>			Lada	Teléfono	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lada</td> <td>Teléfono</td> <td>Ext.</td> </tr> </table>				Lada	Teléfono
Lada	Teléfono										
Lada	Teléfono	Ext.									
	Correo Electrónico: <input type="text"/>										
<p><b>IMPORTANTE:</b> Para garantizar el registro correcto de su correo electrónico es necesario que envíe un mensaje a la siguiente dirección electrónica: <a href="mailto:dac@sep.gob.mx">dac@sep.gob.mx</a> indicando en el texto su nombre completo y correo electrónico. En caso de que no cuente con éste, le sugerimos abrir una cuenta ya que será la única forma de obtener información del estatus de su trámite.</p>											

<b>Nombre del perfil profesional que acreditó</b>	
---	--

En caso de tener Cédula Profesional de Licenciatura o nivel medio superior (Bachillerato o Educación Normal), expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, favor de registrar el número de ésta.

- Bajo protesta de decir verdad y en mi total responsabilidad manifiesto que la información proporcionada en la presente es verídica y la documentación anexa es auténtica.
- Asimismo, estoy de acuerdo:
  - En que el trámite deberá efectuarse de manera personal.
  - En cumplir con la liberación del servicio social en los términos legales, para poder obtener la certificación oficial de mis conocimientos.
  - En que se efectúe la verificación de autenticidad del Certificado de Bachillerato que para el efecto se presentó, y en caso de que éste resulte apócrifo, se proporcione el original, así como mis datos personales a la institución educativa que resulte afectada, a fin que se esté en posibilidad de iniciar el proceso a que haya lugar.
  - En que mi solicitud será rechazada en caso de no cubrir satisfactoriamente alguno de los requisitos.
- Autorizo a la Secretaría de Educación Pública, para que una vez concluido el trámite de titulación, la información correspondiente a mi nombre y folio de Título Profesional, sea publicada en su portal electrónico para fines de consulta de autenticidad.

\_\_\_\_\_

Firma de conformidad del Solicitante

## ÁREA EXCLUSIVA PARA USO DE LA DGAIR

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS	OBSERVACIONES	RECIBIÓ
Completa: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Fecha: ____/____/____		
Completa: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Fecha: ____/____/____		
Completa: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Fecha: ____/____/____		

VERIFICACIÓN DE AUTENTICIDAD DE DOCUMENTOS ACADÉMICOS		
Consulta	Secundaria <input type="radio"/>	Bachillerato <input type="radio"/>
Fecha de consulta	Resolución	Fecha de Respuesta

TRÁMITE DE EXPEDICIÓN DE TÍTULO		
Actividad	Fecha	Vo. Bo.
Fecha de recepción del dictamen de acreditación		
Borrador de Título		
Validación del Título origin		
Trámite ante la D.G.P.		
Entrega del Título		<input type="radio"/> Interesado <input type="radio"/> Entidad federativa <input type="radio"/> Correspondencia o Carta Poder

OBSERVACIONES

COMENTARIOS