

# LICEO FRANCO MEXICANO, A. C.

## REGLAMENTO FINANCIERO

### CICLO ESCOLAR 2026-2027

El presente reglamento tiene como objetivo informar al “REPRESENTANTE” (entendiéndose como padre de familia, tutor y/o responsable financiero), sobre las políticas financieras aplicables al ciclo escolar vigente en el Liceo Franco Mexicano, A. C. (en adelante “LFM”):

1. **Programa de pagos y tarifas.** El LFM tiene un programa privado de pagos y las tarifas correspondientes se encuentran publicadas en el sitio web de la institución: <https://www.lfm.edu.mx/admisiones/>

2. **Conceptos de cobro.** El LFM cobra por los conceptos que se detallan a continuación:

- **Admisión.** Pago único que deben realizar los alumnos de nuevo ingreso.
- **Inscripción.** Deberá cubrirse en un solo pago, junto con el pago de admisión.
- **Reinscripción.** Debe cubrirse en un solo pago o en parcialidades dentro del calendario de pagos establecidos por el LFM.
- **Derechos mensuales de escolaridad.** Debe pagarse en 10 mensualidades (de septiembre a junio), dentro de los primeros 15 días naturales del mes correspondiente.
- **Otros ingresos, tales como:**
  - Venta y/o renta de Chromebook y licencias de libros digitales.
  - Venta y/o renta de libros físicos
  - Credenciales
  - Derechos para examen
  - Otros servicios

3. **Métodos de pago.** El LFM pone a disposición del REPRESENTANTE las siguientes alternativas para realizar sus pagos:

- a) **Pagos domiciliados.** Consiste en un cargo mensual recurrente a una cuenta bancaria de débito, o a una tarjeta de American Express. Esta modalidad está disponible únicamente para el pago de colegiaturas. Las fechas de cargo varían según el método:

- Domiciliación interbancaria (CLABE): el cargo se realiza entre el día 7 y 9 del mes.
- Domiciliación American Express: el cargo se realiza el 1er día hábil del mes.

Para solicitar esta opción de pago, el REPRESENTANTE deberá completar el formato de acuerdo a la tarjeta de su elección. Ver formatos en Anexo A y B.

- b) **Plataforma digital para pagos con tarjeta de crédito o débito.** El REPRESENTANTE puede acceder a la plataforma para realizar sus pagos de colegiaturas y reinscripciones.  
Procedimiento:

- Registrarse en la siguiente liga: [https://servicios.lfm.edu.mx/servicios\\_escolares/web/login](https://servicios.lfm.edu.mx/servicios_escolares/web/login)



- El LFM enviará un correo electrónico de confirmación de registro al REPRESENTANTE a más tardar al día siguiente.
- Al acceder al portal, aparecerá el saldo a pagar, mismo que podrá liquidar con su tarjeta.
- El pago se reflejará en el sistema después de 72 horas.

**Consideración adicional: El plazo de pago se mantiene del 1 al día 15 de cada mes para no generar recargos**

- c) **Pago en euros (transferencia).** Esta es una modalidad excepcional que la administración del LFM podrá autorizar a los REPRESENTANTES que la soliciten.

*Nota: El tipo de cambio para los pagos en euros será el oficial establecido por la Cancillería de Francia y proporcionado por el LFM al momento de realizar el pago. También puede consultarse en el sitio web del LFM: <https://www.lfm.edu.mx/pagos/caja/>.*

- d) **Pagos en CAJA (ventanilla).** Se aceptan pagos en efectivo, tarjeta de débito o crédito Visa, MasterCard y American Express.

4. **Calendario de pagos mensuales en CAJA.** A continuación, se muestra el calendario de pagos mensuales en caja. Las fechas exactas para pago sin mora varían cada mes en función de días festivos, fines de semana e inhábiles.

| Mes del ciclo escolar | Período para pago de colegiaturas sin moras |
|-----------------------|---------------------------------------------|
| Septiembre 2026       | Entre el 1 y 15 de septiembre 2026          |
| Octubre 2026          | Entre el 1 y 15 de octubre 2026             |
| Noviembre 2026        | Entre el 3 y 17 de noviembre 2026           |
| Diciembre 2026        | Entre el 1 y 15 de diciembre 2026           |
| Enero 2027            | Entre el 7 y 15 de enero 2027               |
| Febrero 2027          | Entre el 2 y 15 de febrero 2027             |
| Marzo 2027            | Entre el 1 y 16 de marzo 2027               |
| Abril 2027            | Entre el 5 y 15 de abril 2027               |
| Mayo 2027             | Entre el 3 y 17 de mayo 2027                |
| Junio 2027            | Entre el 1 y 15 de junio 2027               |

**Horario de caja Polanco: De lunes a viernes de 7:30 a 13:00 hrs.**

**Horario de caja Coyoacán: De lunes a viernes de 8:00 a 13:00 hrs.**

5. **Facturación.** Las políticas de facturación del Liceo Franco Mexicano (LFM) se apegan a las disposiciones del Gobierno Federal y se fundamentan en los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación, relativos a la emisión de Comprobantes Fiscales Digitales por Internet (CFDI), comúnmente conocidos como “facturas”. A continuación, se detallan las condiciones para su emisión:

- Si desea recibir factura, deberá registrarse previamente en nuestro sistema. Para ello, deberá enviar un correo electrónico al área de caja correspondiente:

Plantel Polanco: [caja@lfm.edu.mx](mailto:caja@lfm.edu.mx)

Plantel Coyoacán: [cajacoy@lfm.edu.mx](mailto:cajacoy@lfm.edu.mx)

El correo deberá incluir la siguiente información:

- Constancia de Situación Fiscal con una antigüedad no mayor a 30 días
- CURP del alumno, en caso de requerir la factura a nombre de una persona física
- Correo electrónico al que se enviará la factura
- Únicamente podrán facturarse los servicios correspondientes al mes y año en curso. Bajo ninguna circunstancia se emitirán facturas por servicios o pagos de ejercicios fiscales anteriores.
- La factura se enviará al correo electrónico proporcionado y también estará disponible para consulta y descarga en: <https://facturacion.lfm.edu.mx>.
- Para acceder por primera vez, deberá ingresar con su RFC y el correo electrónico registrado. En esa dirección recibirá una contraseña de acceso.
- Una vez recibida la factura, el beneficiario deberá revisar cuidadosamente los datos fiscales, concepto e importe. Si no se recibe observación alguna dentro de los 10 días hábiles posteriores a la emisión, se entenderá que la factura ha sido aceptada.
- Solo se permiten pagos anticipados correspondientes al semestre escolar vigente. Conforme a la normativa fiscal aplicable, no será posible solicitar devoluciones, cancelaciones ni reembolsos una vez concluido el año fiscal.
- Si requiere modificar el nombre o razón social registrados para efectos de facturación, deberá solicitarlo por escrito al área de caja, adjuntando nuevamente la documentación antes mencionada.

6. **Reembolsos.** El REPRESENTANTE podrá solicitar un reembolso conforme a las siguientes reglas:

- Admisión:** La admisión se reembolsará íntegramente si el REPRESENTANTE notifica por escrito al LFM la baja del alumno al menos 2 meses antes del inicio del ciclo escolar. Una vez iniciado el ciclo escolar, la admisión no será reembolsada.
- Inscripción o reinscripción:** Los pagos por concepto de inscripción o reinscripción se reembolsarán íntegramente si el REPRESENTANTE notifica por escrito al LFM la baja del alumno al menos 2 meses antes del inicio del ciclo escolar. Si la baja se produce dentro de los primeros 3 meses, ya iniciado el ciclo escolar, se reembolsará la parte proporcional. Después de ese período, no se realizará reembolso por estos conceptos.
- Colegiaturas:** En caso de retiro del alumno, las colegiaturas mensuales se reembolsarán íntegramente si el pago se realizó de manera anticipada y si el REPRESENTANTE notifica por escrito al LFM al menos

15 días naturales antes del inicio del mes en el que el alumno se dé de baja en el área pedagógica. Una vez que el mes haya iniciado, no se realizará reembolso por colegiaturas.

*Cuando proceda saldo a favor generado por alguna modificación de beca o modificación de rango, el LFM será el encargado de determinar las fechas y el procedimiento para efectuar el reembolso correspondiente.*

**Consideraciones generales:**

- Únicamente podrán ser reembolsados aquellos pagos por servicios educativos que se hicieron en el año fiscal en curso.
- Los reembolsos se efectuarán a la persona y/o razón social a quien se le haya expedido la factura correspondiente (responsable del pago).

**7. Incumplimiento de pago.** En caso de incumplimiento de pago, se aplicarán las siguientes medidas:

- Reinscripción: El cargo por retraso en el pago por reinscripción será del 5% y se aplicará a partir del día siguiente al vencimiento del período de reinscripciones.
- Colegiaturas: El atraso o incumplimiento en el pago de colegiaturas dará lugar a cargos moratorios adicionales por parte del LFM. Este cargo consistirá en una tasa del 2.5% mensual sobre la cantidad adeudada, por cada mes calendario de retraso.

En caso de incumplir con el pago consecutivo de tres o más colegiaturas, el LFM se reserva el derecho de dejar de prestar los servicios educativos al alumno, sin responsabilidad alguna para el LFM. Para ello, el LFM notificará por escrito al REPRESENTANTE con 15 días naturales de antelación a la fecha en que se dejarán de prestar los servicios.

**NOTA:** Podrá dirigir sus inquietudes al correo electrónico [caja@lfm.edu.mx](mailto:caja@lfm.edu.mx) para el plantel de Polanco, o [cajacoy@lfm.edu.mx](mailto:cajacoy@lfm.edu.mx) para el plantel de Coyoacán

ANEXO A

| DOMICILIACIÓN INTERBANCARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |             |
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>ADJUNTAR COPIA DEL ESTADO DE CUENTA DONDE APAREZCA LA CLABE INTERBANCARIA</b></li><li>➤ <b>EL CARGO SE REALIZA ENTRE EL DÍA 7 Y 9 DEL MES</b></li><li>➤ <b>SI REQUIERE FACTURA, EL TITULAR DE LA CTA. BANCARIA DEBE COINCIDIR CON LA PERSONA A LA QUE SE FACTURE</b></li><li>➤ <b>SI USTED YA CONTABA CON OTRO SERVICIO DE DOMICILIACIÓN, FAVOR DE NOTIFICARLO AL INICIAR ESTE TRÁMITE.</b></li></ul> |                          |             |
| DATOS DEL EMISOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |             |
| RAZÓN SOCIAL: <b>LICEO FRANCO MEXICANO, A.C</b><br>RFC: <b>LFM370918AT4</b><br>DOMICILIO FISCAL: <b>HOMERO 1521, COL. POLANCO, C.P. 11560, CIUDAD DE MEXICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |             |
| DATOS DEL ALUMNO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |             |
| NOMBRE COMPLETO _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | MATRICULA _____          | CLASE _____ |
| NOMBRE COMPLETO _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | MATRICULA _____          | CLASE _____ |
| NOMBRE COMPLETO _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | MATRICULA _____          | CLASE _____ |
| DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |             |
| NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |             |
| NOMBRE DEL BANCO RECEPTOR _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |             |
| CLABE INTERBANCARIA _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |             |
| EMAIL _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | TEL. _____               |             |
| AUTORIZACIÓN CARGO RECURRENTE PARA DOMICILIACIÓN DE COLEGIATURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |             |
| AUTORIZACIÓN PARA CARGO DE COLEGIATURA A PARTIR DEL MES DE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |             |
| Por medio de la presente, autorizo se realicen los cargos recurrentes, por concepto de colegiaturas de los alumnos o alumno (a) arriba mencionados, (a excepción de los meses de julio y agosto), de manera automática con cargo a la cuenta bancaria identificada por la CLABE INTERBANCARIA indicada.                                                                                                                                          |                          |             |
| Esta autorización permanecerá vigente hasta que les de aviso por escrito de la revocación de la misma, con por lo menos 10 (diez) días de anticipación a la fecha en que deba efectuarse el cargo.                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |
| FECHA _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | FIRMA DEL TITULAR. _____ |             |

ANEXO B

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                            |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                  | <b>DOMICILIACIÓN<br/>AMERICAN EXPRESS</b>  |  |
| <p>➤ EL CARGO SE REALIZA EL 1er. DÍA HABIL DE CADA MES.</p> <p>➤ SI REQUIERE FACTURA, EL TITULAR DE LA CUENTA, DEBE COINCIDIR CON LA PERSONA A LA QUE SE LE FACTURE.</p> <p>➤ SI USTED YA CONTABA CON CUALQUIER OTRO SERVICIO DE DOMICILIACIÓN, FAVOR DE NOTIFICARLO AL INICIAR ESTE TRÁMITE.</p> |                                            |                                                                                     |
| <b>DATOS DEL EMISOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                            |                                                                                     |
| <p>RAZÓN SOCIAL: <b>LICEO FRANCO MEXICANO, A.C</b><br/>RFC: <b>LFM370918AT4</b><br/>DOMICILIO FISCAL: <b>HOMERO 1521, COL. POLANCO, C.P. 11560, CIUDAD DE MEXICO</b></p>                                                                                                                          |                                            |                                                                                     |
| <b>DATOS DEL ALUMNO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                            |                                                                                     |
| NOMBRE COMPLETO_____                                                                                                                                                                                                                                                                              | MATRICULA_____                             |                                                                                     |
| NOMBRE COMPLETO_____                                                                                                                                                                                                                                                                              | MATRICULA_____                             |                                                                                     |
| NOMBRE COMPLETO_____                                                                                                                                                                                                                                                                              | MATRICULA_____                             |                                                                                     |
| <b>DATOS DEL TITULAR DE LA TARJETA</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |                                            |                                                                                     |
| FAVOR DE ESPECIFICAR SI ES USTED EL TITULAR DE LA TARJETA: SI _____ NO _____                                                                                                                                                                                                                      |                                            |                                                                                     |
| NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR _____                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                                                                                     |
| ADICIONAL _____                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                            |                                                                                     |
| N°. DE TARJETA _____                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                                                                                     |
| EMAIL _____                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TEL. _____                                 |                                                                                     |
| <b>AUTORIZACIÓN CARGO RECURRENTE PARA DOMICILIACIÓN DE COLEGIATURA</b>                                                                                                                                                                                                                            |                                            |                                                                                     |
| AUTORIZACIÓN PARA CARGO DE COLEGIATURA A PARTIR DEL MES DE: _____                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                                                                                     |
| <p>Por medio de la presente, autorizo se realicen los cargos recurrentes, por concepto de colegiaturas de los alumnos o alumno (a) arriba mencionados, (a excepción de los meses de julio y agosto), de manera automática a la Tarjeta American Express.</p>                                      |                                            |                                                                                     |
| <p>Esta autorización permanecerá vigente hasta que les de aviso por escrito de la revocación de la misma, con por lo menos 10 (diez) días de anticipación a la fecha en que deba efectuarse el cargo.</p>                                                                                         |                                            |                                                                                     |
| FECHA _____                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FIRMA ORIGINAL DEL TITULAR HABIENTE. _____ |                                                                                     |