



PROGRAMA VOLUNTARIO DE REVISION DE CALIDAD DE PUERTO RICO

Estoy interesado en la revisión bajo la siguiente sección:

A&A NO A&A

I. Información de la práctica:

CPA Practicante Independiente: _____

Licencia CPA Núm: _____ Fecha Expiración Lic: _____

Firma CPA _____

Licencia Firma CPA Núm: _____ Fecha Expiración Lic: _____

Dirección Física:

Dirección Postal: La misma dirección que la Física

2. Socio Administrador de la Firma:

Nombre y Apellido: _____

Núm Licencia CPA: _____ Fecha Expiración de Lic: _____

Tel Oficina () _____ Tel Celular () _____

Correo electrónico: _____

3. Persona contacto para asuntos de la revisión:

el mismo socio administrador

Nombre & Apellido: _____

Núm Licencia CPA: _____ Fecha Expiración de Lic: _____

Tel Oficina () _____ Tel Celular () _____

Correo electrónico: _____

4. **Personal Profesional por clasificación:**

	Indep	Pract 2-5	6-10	Over 10
Número total personal profesional:	___	___	___	___
Número total de socios:	___			
Número total de CPA, incluyendo socios:	___			
Número total de personal, incluyendo socios:	___			

5. **Información de la Bitácora:**

Número de Bitácora Física: _____

Tengo bitácora electrónica: ___ Yes ___ No

De no tener la bitácora electrónica, estoy interesado en registrarme en la misma, favor enviarme el [formulario](#).

___ **Estoy** / ___ **No Estoy** interesado en realizar la inspección de mi bitácora como parte de la revisión de calidad en este Programa.

6. **Tipo de revisión en la cual estoy interesado y cualifico:**

A & A Nivel 1: _____

A & A Nivel 2: _____

A & A Nivel 3: _____

No A & A: _____

7. **En mi práctica realizo los siguientes tipos de trabajos:**

	No	SI	<u>Número de Trabajos</u>
Auditorías	___	___	_____
Revisiones	___	___	_____
Compilaciones	___	___	_____
Atestiguamientos	___	___	_____
Preparaciones	___	___	_____
Planillas & consultas contributivas	___	___	_____

8. **Favor indicar las industrias especializadas en las cuales practica:**

- a. Auditorias bajo los "Governmental Auditing Standards (Yellow Book)", incluyendo "single audits" _____
- b. Auditorias de planes de pensiones bajo (ERISA) _____
- c. Instituciones bancarias _____

Certificación:

He revisado esta solicitud y el documento del Programa Voluntario de Revisión de Calidad de PR (Programa), según aprobado el 7 septiembre de 2019 y con la misma me convierto en miembro del Programa y me comprometo a cumplir con las guías de procedimientos del mismo.

Firma del CPA Practicante o
Socio administrador de la firma

Fecha

Nombre del CPA

Al completar esta solicitud, favor de enviar por correo electrónico a mlaboy@colegiocpa.com o personalmente al Colegio de CPA.

¡JUNTOS HACIA LA EXCELENCIA!