**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O REFRENDO EN EL PADRÓN DE DESPACHOS EXTERNOS**

**Y DE PRESTADORES DE SERVICIOS PROFESIONALES DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL**

**PARA EL EJERCICIO DE LA CUENTA PÚBLICA 2015**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALCANCE DE AUDITORÍA** | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | |  | | |
| **Alcance de Auditoría**:    Auditoría Financiera Presupuestal  Auditoría técnica a la obra pública  Auditoría Legal | | | | | | | |  | | * + ( )   + ( )   + ( ) | | | | |  | Inscripción  Refrendo  Persona Física  Persona Moral | | | | | | | * + ( )   + ( )   + ( )   + ( ) | | |
| **DATOS GENERALES DEL DESPACHO EXTERNO O PRESTADOR DE SERVICIOS PROFESIONALES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre o Denominación Social: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DOMICILIO FISCAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calle | | | | | No. EXT. | | | | No. INT. | | | Entre Calles | | | | | | | | Colonia | | Código Postal | | | Teléfono de oficina y Fax |
| Municipio o Delegación | | | | | | | Ciudad | | | | | | | | | | | | entidad federativa | | | | | | Correo electrónico |
| R.F.C. | | No. de despacho en la S.H.C.P. | | | | | | | | | No. de Escritura | | | | | | Fecha | | | | | | | Antigüedad | |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PRESTADOR DE SERVICIOS PROFESIONALES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Profesión | | | | |
| Domicilio Fiscal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calle | | | | | No. Ext. | | | | No. Int. | | | Entre Calles | | | | | | | | Colonia | | Código Postal | | | Teléfono oficina y Celular |
| Municipio o Delegación | | | | Ciudad | | | | | | | | | Entidad Federativa | | | | | | | | R.F.C. | | | | Correo electrónico |
| Poder No. Escritura | No. Notaria | | Fecha | | | No. Credencial Elector | | | | | | | | No. Cedula Profesional | | | | Título Profesional Expedido Por : | | | | | | | Cargo Que Desempeña |
| **NOMBRE DEL SOCIO QUE DICTAMINA ACREDITADO COMO TAL EN EL ACTA CONSTITUTIVA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Profesión | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL COLEGIO PROFESIONAL AL QUE PERTENECE EL SOCIO QUE DICTAMINA** | | | | | | | | | |
| NOMBRE/ RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL | | | | | | | | | |
| Domicilio Fiscal Calle | | No. Ext. | No. Int. | | Colonia | | Código Postal | | Teléfono(S) Y Fax |
| Entre Calles | Municipio O Delegación | | | Ciudad | | Entidad Federativa | | No. de Registro en el Colegio | |

INFORMACIÓN ADICIONAL

|  |  |
| --- | --- |
| **RELACIÓN DE REGISTRO DE SOCIOS Y ASOCIADOS (PARA PERSONAS MORALES)** | |
| NOMBRE: | PROFESIÓN |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | No. Registro |  | No. Registro |  | No. Registro |  | No. Registro |  | No. Registro | | CCP |  | SHCP |  | IMSS |  | INFONAVIT |  | OTROS (ESPECIFIQUE): |  | | |
| NOMBRE: | PROFESIÓN |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | No. Registro |  | No. Registro |  | No. Registro |  | No. Registro |  | No. Registro | | CCP |  | SHCP |  | IMSS |  | INFONAVIT |  | OTROS (ESPECIFIQUE): |  | | |
| NOMBRE: | PROFESIÓN |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | No. Registro |  | No. Registro |  | No. Registro |  | No. Registro |  | No. Registro | | CCP |  | SHCP |  | IMSS |  | INFONAVIT |  | OTROS (ESPECIFIQUE): |  | | |

En su caso, adicionar en hoja anexa.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NÚMERO DE PERSONAL** | | | | | | | | | | | | | |
| PERSONAL TÉCNICO Y FINANCIERO | | | | | |  | | PERSONAL DE APOYO | | | |  |  |
| Socios | |  |  | | |  | | Jefes De Departamento | | | |  |  |
| Asociados | |  |  | | |  | | Auxiliares | | | |  |  |
| Gerentes | |  |  | | |  | | Secretarias | | | |  |  |
| Supervisores | |  |  | | |  | | Capturistas | | | |  |  |
| Auditores | |  |  | | |  | | Administrativos | | | |  |  |
| Auxiliares de Auditores | |  |  | | |  | | Analistas | | | |  |  |
|  | |  | | | |  | | Otros | | | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  | | | | | |
|  | |  | | | |  | |  | | | | | |
| TOTAL DE PERSONAL TÉC/FIN. | |  |  | | |  | | TOTAL PERSONAL DE APOYO | | | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  | | | | | |
|  | | TOTAL DE PERSONAL | | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  |  | | | | | | |
| **OFICINAS EN OTRAS LOCALIDADES DE LA REPÚBLICA** | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE | DOMICILIO | | | UBICACIÓN  CIUDAD ESTADO | | | | | | TELÉFONO | OBSERVACIONES | | |
|  |  | | |  | | | | | |  |  | | |

| **EXPERIENCIA PROFESIONAL DE LA FIRMA O DE LA PERSONA FÍSICA** | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NÚMERO DE CLIENTES POR GIRO DE ACTIVIDAD | | | | TIPO DE SERVICIO  a) Auditoría y/o Contraloría b) Asesoría c) Consulta d) Administrativo e) Otros | | FACTURACIÓN ANUAL | | |
| GIRO | NUM. | % | | DESCRIPCIÓN | | SECTOR | IMPORTE | % |
| 1. Comercial 2. Industrial 3. Servicios 4. Financiero 5. Administración Pública   Federal  Estatal  Municipal   1. Sectorial   Agropecuario  Pesquero  Educativo   1. Otros |  |  | | a) b) c) d) e)  a) b) c) d) e)  a) b) c) d) e)  a) b) c) d) e)  a) b) c) d) e)  a) b) c) d) e)  a) b) c) d) e) | | Privado  Público  Social    Total |  |  |
| O B S E R V A C I O N E S | | |
|  | | |
| T O T A L: | | | | | |
| **OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES QUE REALICEN LOS SOCIOS Y ASOCIADOS** | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL SOCIO O ASOCIADO | | | DEPENDENCIA O INSTITUCIÓN | | PUESTO U OCUPACIÓN | | | |
|  | | |  | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | |
|  | | |  | |  | | | |

|  |
| --- |
| **INFRAESTRUCTURA DE OPERACIÓN** |
| Oficinas: Propias ( ) Rentadas ( ) M2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Equipo de Transporte (número) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Equipo de Cómputo (número) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| OBSERVACIONES: |

NOTA: Esta solicitud deberá ser presentada, sin correcciones ni tachaduras; deberá requisitar los datos que se requieren y, en caso de que no aplique, deberá señalarse.

