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

**EXTERNOS Y DE PRESTADORES DE SERVICIOS PROFESIONALES**

**DE AUDITORÍA PÚBLICA 2015**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALCANCE DE AUDITORÍA** |  |  |  |
| **Alcance de Auditoría**:  Auditoría Financiera PresupuestalAuditoría técnica a la obra públicaAuditoría Legal |  * +
 | * + ( )
	+ ( )
	+ ( )
 |  | InscripciónRefrendoPersona FísicaPersona 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 | UBICACIÓNCIUDAD ESTADO | TELÉFONO | OBSERVACIONES |
|  |  |  |  |  |

| **EXPERIENCIA PROFESIONAL DE LA FIRMA O DE LA PERSONA FÍSICA** |
| --- |
| NÚMERO DE CLIENTES POR GIRO DE ACTIVIDAD | TIPO DE SERVICIOa) 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

FederalEstatalMunicipal1. Sectorial

AgropecuarioPesqueroEducativo1. 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) | PrivadoPúblicoSocial  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.

