

Fecha de emisión: 29/08/2012

Fecha de última revisión: 07/07/2026

Página 1 de 0

No. Solicitud

Fecha:

Nombre:

No. Cédula/ Pasaporte:

Nacionalidad:

Dirección Residencia:

Tel. Residencia:

Ciudad:

No. Celular

Correo Electrónico:

Nombre o Razón Social Firma de Auditores:

Dirección:

Tel. Oficina:

Web:

Otros Teléfonos:

Empresas a las cuales ha prestado servicio en los últimos 3 años:

Teléfono:

fecha:

Teléfono:

fecha:

Teléfono:

fecha:

Teléfono:

fecha:

Teléfono:

fecha:

Gremios Profesionales a los que pertenece activamente:

Ha realizado recientemente (3 años) auditorías a ARS:

☐ SI

☐ NO

Cuales:

Experiencia Laboral Relacionada con ARS, IDOPPRIL, Compañías de Seguros:

☐

Gerente Financiero

☐

Contador

☐

Auditor Interno

☐

Auditor Externo

Describa brevemente su trabajo:

Comentarios del Solicitante:

Firma:

El suscrito, DECLARO, bajo la fe del juramento, so pena de perjurio, que las informaciones dadas por mi mediante el presente documento son verdaderas y, en consecuencia, autorizo a la SISALRIL a realizar cualquier investigación, por ante los buró de créditos o por ante quien fuere de lugar, con el objeto de comprobar la fidelidad de la información suministrada. En la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los _____ días del mes de _____ del año _____ (_____).