SISALRIL
SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES

FORM-SV51
REV.15

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN AUDITORES EXTERNOS

Fecha de la solicitud: ☐

Datos del CPA/Auditor

Nombres: _____ Apellidos: _____

Número de Cédula: _____ Nacionalidad: _____

Dirección Residencia:

Ciudad/Municipio:_____ Calle/Número:_____ Sector:_____

Contactos

Celular:_____ Tel. Residencia:_____ Correo Electrónico:_____

Información Laboral

Firma de Auditoría a la que pertenece: _____

Dirección: _____

Tel Oficina 1: _____ Tel. Oficina 2: _____

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

_____ Teléfono:_____ Fecha:_____

_____ Teléfono:_____ Fecha:_____

_____ Teléfono:_____ Fecha:_____

Teléfono:_____ Fecha:_____

Gremios Profesionales a los que pertenece activamente:

1.- 3.-

2.- 4.-

Ha realizado recientemente auditorías a las ARS en los últimos 3 años:

SI ☐ En cuales: 1.- 4.-

2.- 5.-

NO ☐ 3.- 6.-

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

Gerente Financiero	☐	Comisario de Cuentas	☐
Gerente de Reclamaciones	☐	Auditor Externo	☐
Contador	☐	Auditor interno	☐
Asesor	☐	Auditor Médico	☐

Describa brevemente su trabajo:

Comentarios del Solicitante:

Firma del Solicitante:

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 Guzman, Distrito nacional, Capital de la Republica Dominicana, a los _____ días del mes de _____ del año _____.