



INSTITUTO DE AUDITORES INTERNOS DE BOLIVIA

SOLICITUD DE MEMBRESÍA

FAVOR COMPLETAR EL FORMULARIO EN LETRAS MAYÚSCULAS

1. GENERALIDADES PERSONALES

NOMBRE (S):		AP. PATERNO:		AP. MATERNO:							
FECHA NACIMIENTO:		ESTADO CIVIL:		CI:		SEXO (M/F):		NACIONALIDAD:			
DIRECCIÓN (DOM):				TEL. (DOM):		TEL. (MOVIL):					
E-MAIL (PERSONAL):		CIUDAD:		PROVINCIA:		APARTADO POSTAL:					
LICENCIATURA:				MAESTRÍA:							
OTROS ESTUDIOS:											
¿HA SIDO USTED MIEMBRO DEL IIA CON ANTERIORIDAD?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUENTA CON ALGUNA CERTIFICACIÓN OTORGADA DEL IIA?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						¿CUÁL?				<input type="checkbox"/> CIA <input type="checkbox"/> CGAP <input type="checkbox"/> CFSA <input type="checkbox"/> CCSA <input type="checkbox"/> CRMA	

2. GENERALIDADES PROFESIONALES

ORGANIZACIÓN:									
TIPO DE INDUSTRIA:									
DIRECCIÓN:				E-MAIL (CORPORATIVO):					
CIUDAD:		PAÍS:		TELÉFONO (591):		INTERNO:		FAX (591):	
AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:		AÑOS DE EXPERIENCIA EN AUDITORÍA INTERNA:		DEPTO./UNIDAD:					
¿PASA UD. MÁS DEL 50% DE SU TIEMPO COMO SUPERVISOR DE OTROS AUDITORES INTERNOS O DIRIGIENDO EL PROGRAMA DE AUDITORÍA?								<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
INDICAR NÚMERO DE AUDITORES INTERNOS EMPLEADOS:									

3. CATEGORÍA DE MEMBRESÍA

Favor de indicar la categoría de membresía más idónea para Ud. La clasificación de miembros es sujeta a la determinación del Comité de Membresía Internacional:

- Miembro (seleccione)
- Gerente de Auditoría Interna
 - Empleado de Auditoría Interna
- Miembro Asociado
- Miembro Docente
- Miembro estudiantil, indique nombre de la institución o de la universidad:

4. INSCRIPCIÓN Y PAGO

La tarifa aplicada por IAI Bolivia:

Inscripción (única):

Bs240

Cuota anual (*):

Bs240 anual

(*) La cuota anual tienen carácter de ser realizado de forma adelantada, a través de los mecanismos de cobro establecidos por el Instituto de Auditores Internos de Bolivia.

5. FIRMA DEL SOLICITANTE

Yo declaro que:

- Toda información que figura en la presente solicitud es fidedigna.
- Si aprobado, doy fe que me registré con el Código de Ética del Instituto de Auditores Internos de Bolivia, el cual gobierna a sus miembros.

FIRMA DEL SOLICITANTE:

CIUDAD Y FECHA:
