

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EXPERIENCIA

INFORMACIÓN SOBRE EL CANDIDATO

Nombre del Candidato: _____
(Apellido) (Nombre)

Candidate's ID Number: _____

La persona nombrada anteriormente ha solicitado el siguiente programa de certificación (marcar uno) y debe presentar una copia completa y verificada de este formulario para completar el requisito de experiencia, tal como se indica a continuación:

- CIA (Certified Internal Auditor – Auditor Interno Certificado) – 24 meses de experiencia en auditoría interna o equivalente (definido como experiencia en disciplinas de auditoría / evaluación, incluso auditoría externa, aseguramiento de calidad, cumplimiento y control interno).
- Marque el casillero si ha presentado un título de Master.
- CCSA (Certification in Control Self-Assessment – Certificación en Autoevaluación de Control) – 12 meses de experiencia en negocios relacionados con control, como CSA, auditoría, aseguramiento de calidad, administración de riesgos o auditoría ambiental.
- CGAP (Certified Government Auditing Professional – Profesional Certificado en Auditoría Gubernamental) – 24 meses de experiencia de auditoría en un entorno gubernamental (federal, estadual/provincial, local, cuasi-gubernamental, autoridad / realeza).
- CFSA (Certified Financial Services Auditor – Auditor Certificado en Servicios Financieros) – 24 meses de experiencia de auditoría en un entorno de servicios financieros.
- CRMA (Certification Risk Management Assurance – Certificación en Aseguramiento de Administración de Riesgos) – 24 meses de experiencia de auditoría en un entorno de servicios financieros.

Profesores: dos años de experiencia académica en un tema relacionado se aceptaran como equivalente de un año de experiencia laboral. Si se está verificando la experiencia académica, incluya los títulos, fechas y descripción de los cursos.

COMPLETE LA SECCIÓN SIGUIENTE CON INFORMACIÓN SOBRE SU EXPERIENCIA. UTILICE FORMULARIOS ADICIONALES SI FUERA NECESARIO.

Nombre de la Organización: _____ Cargo: _____

Tipo de industria: Gobierno Servicios financieros Otra

Fechas (mes/día/año) De: ___/___/___ A: ___/___/___ Actualmente en este cargo

Responsabilidades: Auditoría interna Aseguram. calidad Admin. riesgo Disciplinas de auditoría/evaluación
 Cumplimiento Auditoría externa Control interno

Otras: _____

Nombre de la Organización: _____ Cargo: _____

Tipo de industria: Gobierno Servicios financieros Otra

Fechas (mes/día/año) De: ___/___/___ A: ___/___/___ Actualmente en este cargo

Responsabilidades: Auditoría interna Aseguram. calidad Admin. riesgo Disciplinas de auditoría/evaluación
 Cumplimiento Auditoría externa Control interno

Otras: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL VERIFICADOR

Soy (marcar los que correspondan): CIA CCSA CGAP CFSA CRMA Supervisor del candidato (actual o anterior)

Nombre: _____

Cargo/Puesto: _____

Organización: _____

Domicilio _____

Tel: _____ Fax: _____

E-mail: _____

DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN

Verifico que el candidato nombrado en este formulario ha completado la experiencia especificada anteriormente, y certifico que su experiencia satisface el requisito de experiencia del programa para el cual el candidato se postula, tal como se indica más arriba.

Firma del verificador: _____ Fecha: _____

Presente este formulario completo como adjunto a certification@theiia.org o por fax a +1-407-937-1108. Este documento se revisará dentro de aproximadamente cinco días de su recepción en IIA. Puede confirmar que el documento ha sido aprobado en www.globaliia.org > certification, ingresando a su registro en el sistema de administración de candidatos a certificación (Certification Candidate Management System, CCMS), y haciendo clic en el programa de certificación correspondiente, en la pantalla de progreso de certificación. Si no es posible aprobar este documento, se pondrán en contacto con usted.