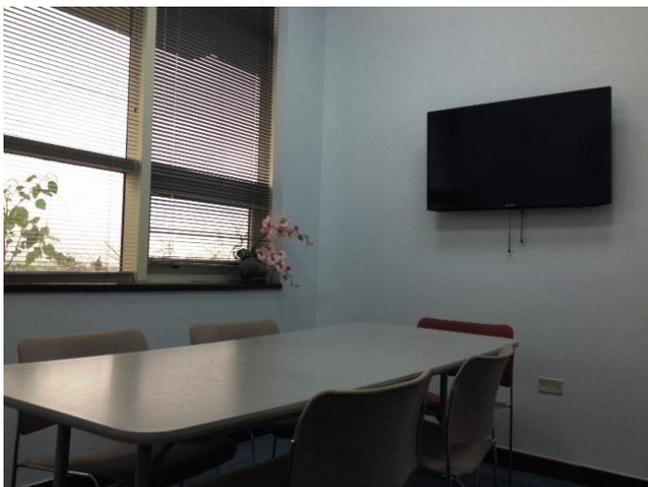


TU OFICINA EN EL COLEGIO



El Colegio de CPA ofrece a su matrícula el programa “Tu Oficina en el Colegio”, el cual facilita el uso de dos de sus salones bajo los siguientes:

TÉRMINOS Y CONDICIONES

1. Sólo para Colegiado (no delegable):

- a. Residente o con oficina a más de 30 millas de distancia del Colegio de CPA tendrá prioridad de uso.
- b. Que a la fecha de la solicitud tenga su cuota de colegiado al día.
- c. Para realizar trabajo, reuniones con su personal, clientes o entrevistas.

2. No se permite:

- a. Ofrecer seminarios
- b. Realizar actividades sociales
- c. Consumo de bebidas alcohólicas ni alimentos
- d. Fumar
- e. Interrumpir las operaciones administrativas y funcionales del Colegio

3. Depósito de \$25.00 mediante tarjeta de crédito o efectivo, reembolsable dentro de los próximos 5 días laborables, después de entregar el salón en óptimas condiciones, o cancelar la reservación con un mínimo de 24 horas de anticipación.

4. Disponibilidad y facilidades

- a. Uso máximo dos (2) veces al año (natural) por colegiado
- b. Días laborables del Colegio de CPA
- c. Horario: 8:30 am hasta 4:30 pm
- d. Máximo de 3 horas por día
- e. Máximo de 5 ó 10 personas, dependiendo del salón
- f. Acceso a internet
- g. Uso de pantalla requiere que su equipo tenga puerto HDMI.
- h. Fotocopias a \$0.10 c/u
- i. Se requiere mantener el área limpia en todo momento

5. Procedimiento:

- a. **Reservar:** Completar y hacer llegar la solicitud y el depósito a Viviana Hernández (vhernandez@colegiocpa.com) con por lo menos 48 horas de anticipación.
- b. **Confirmar reservación:** A Jenny García un (1) día antes.

SOLICITUD PARA USO DE SALÓN POR COLEGIADO Tu Oficina en el Colegio

Colegiado: Nombre completo	Núm. licencia

Teléfono	Correo Electrónico	Depósito – tarjeta crédito–Num.	Fecha Exp.

Propósito de uso	Núm. de Personas (Máx. 10)	Fecha	Horario
		Alternativas	
<input type="checkbox"/> Trabajo			
<input type="checkbox"/> Reunión / Entrevista			

AVISO IMPORTANTE

Al firmar esta solicitud, relevo al Colegio de Contadores Públicos Autorizados de Puerto Rico, a sus oficiales y empleados de toda responsabilidad civil por daños y perjuicios que pudiera sufrir yo, o cualquiera de las personas utilizando las facilidades concedidas bajo este acuerdo.

Firma de Colegiado*	Fecha

***Una vez completada, envíe esta solicitud por correo electrónico a Viviana Hernández:**
vhernandez@colegiocpa.com.