ORDRE DES COMPTABLES PROFESSIONNELS AGRÉÉS DU QUÉBEC

5, Place Ville Marie, bureau 800, Montréal (Québec) H3B 2G2
T. 514 288-3256 1 800 363-4688 Téléc. 514 843-8375
www.cpaquebec.ca

Plan d'action en réponse au rapport d'inspection professionnelle

IMPORTANT – VEUILLEZ SUIVRE LES INSTRUCTIONS CI-DESSOUS AFIN DE TRANSMETTRE VOTRE FICHIER.
Vous devrez téléverser dans Sharepoint ce document dûment rempli selon les mêmes instructions que vous avez reçues par courriel au début du processus d'inspection. N'oubliez pas d'enregistrer votre formulaire sur votre poste de travail avant de commencer à le remplir, afin de ne perdre aucune donnée.

Raison sociale

Date JJ MM AAAA

Nom du répondant pour le cabinet ou du praticien exerçant seul, selon le cas

Téléphone

1 Nous avons identifié des actions pour chacun des éléments constatés au rapport d'inspection professionnelle. Les actions et les commentaires sont joints à l'annexe 1. ☐ Oui ☐ Non

2 Nous avons passé en revue les politiques et les procédures de gestion de la qualité de notre cabinet et nous avons identifié les causes à l'origine des éléments constatés au dernier rapport d'inspection professionnelle (à savoir s'il s'agissait de cas isolés ou récurrents) . ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, notre évaluation est la suivante :

Identification des causes probables

3 Nous avons identifié des actions en réponse à l'évaluation de nos politiques et procédures de gestion de la qualité au point 2 ci-dessus. ☐ Oui ☐ Non

Les actions suivantes seront prises :

i) Cours de perfectionnement à suivre par les associés ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, indiquer le titre des cours à suivre ainsi que la date prévue (si possible) :

Présentation des états financiers

Date : JJ MM AAAA

Date : JJ MM AAAA

Audit

Date : JJ MM AAAA

Date : JJ MM AAAA

Examen

Date : JJ MM AAAA

Date : JJ MM AAAA

Autres

Date : JJ MM AAAA

Date : JJ MM AAAA

ii) Formation du personnel ..... ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, indiquer la formation prévue ainsi que le calendrier projeté :

iii) Mise à jour des questionnaires ou listes de contrôle ..... ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, indiquer les changements prévus :

iv) Acquisition de documents/matériel de référence appropriés ..... ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, indiquer les documents/matériel à être acquis :

v) Revue de la qualité de la mission par une personne appropriée ..... ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, indiquer les détails :

vi) Actions disciplinaires contre ceux qui n'ont pas respecté les politiques et les procédures du cabinet ..... ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, indiquer la nature des actions à prendre :

Autres actions à prendre (en complément ou en remplacement des actions mentionnées ci-dessus) :

4 Notre revue des éléments constatés a révélé que le rapport d'un auditeur était inadéquat ou que des procédures ont été omises lors de la réalisation d'une mission et les mesures correctives immédiates ont été exigées . ..... ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, indiquer le numéro du dossier et la description des actions prises :

ANNEXE 1

Référence à l'élément constaté (ex: E/F1, AU1, EX1, CQ1, etc.)	Référence du dossier (ex: 1, 2, 3, etc.)	Description de l'action prise (incluant par exemple l'assurance que l'élément constaté sera documenté dans le dossier de l'année ultérieure par voie de note, ou que l'élément constaté est communiqué à l'associé responsable et/ou à d'autres membres du personnel ou encore toute autre action que le cabinet considère nécessaire)

ANNEXE 1 (suite)

Référence à l'élément constaté (ex: E/F1, AU1, EX1, CQ1, etc.)	Référence du dossier (ex: 1, 2, 3, etc.)	Description de l'action prise (incluant par exemple l'assurance que l'élément constaté sera documenté dans le dossier de l'année ultérieure par voie de note, ou que l'élément constaté est communiqué à l'associé responsable et/ou à d'autres membres du personnel ou encore toute autre action que le cabinet considère nécessaire)

ESPACE RÉSERVÉ À L'ORDRE

Nº de dossier : _____ Date réception du plan d'action : JJ MM AAAA

Proposition : ❑ Zone 1 ❑ Zone 2 ❑ Zone 3 Date lettre de transmission : JJ MM AAAA

Validation du plan d'action : ❑ Oui ❑ Non

CIP date : JJ MM AAAA

Initiales : _____ Suivi : _____ Date : JJ MM AAAA

Suivi fait avec le membre ou commentaires

_____ Date : JJ MM AAAA

Signature

❑ Approuvé par : _____ Date : JJ MM AAAA