



La Plata _____

Trámite N° _____

Sr/a.

Director/a

REGIÓN _____

Su Despacho

Atento a lo solicitado por la/el afiliada/o _____
esta auditoría, para emitir el informe, solicita a través de ustedes se cumplimente el trámite con

Cumplido vuelva.-

DIRECCIÓN DE AUDITORÍA Y FISCALIZACIÓN MÉDICO AMBULATORIA - DEPARTAMENTO
DE AUDITORÍA Y FISCALIZACIÓN ODONTOLÓGICA-