



INFORME DE AUDITORÍA ODONTOLÓGICA - Res. 643/06

Trámite N°: _____

Afiliada/o: _____

Modalidad / _____

RESOLUCIÓN N° 2676/15 **SI** **NO**

Solicita Trámite de Excepción en concepto de:

Profesional que realizará la práctica:

CONCLUSIÓN: SI - NO

Valores de referencia /

DIRECCIÓN DE AUDITORÍA Y FISC. MÉDICO AMBULATORIA
DEPTO. DE AUDIT. Y FISC. ODONTOLÓGICA

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma y Sello
Odontóloga/o Auditora/o

Firma y Sello
Jefa/e de Departamento

Firma y Sello
Directora/o