

INFORME DE AUDITORÍA ODONTOLÓGICA - Res. 643/06

Trámite N°: _____

Afiliado : _____

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
Odontólogo Auditor

Firma y Sello
Jefe de Departamento

Firma y Sello
Director