



**República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional**  
2019 - Año de la Exportación

**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** Anexo III - EX-2019-72211597- -APN-SCPASS#SSS

---

**ANEXO III**

**INFORME DE AUDITORIA PRESTACIONAL**

**“PRESTACIÓN DE APOYO” (CÓDIGO 086)**

Apellido y Nombre del Beneficiario:

Fecha de Nacimiento: .

DNI: .

**Prestación Principal: :** .

(Deberá indicarse tipo de prestación, objetivo, evolución y lugar donde se realiza la misma)

Diagnóstico por CUD:

Prestacion de apoyo 1.

Profesional (Nombre y Matrícula):

Especialidad:

Objetivos y Evolución:

Lugar donde se realiza la prestación:

Prestacion de apoyo 2.

Profesional (Nombre y Matrícula):

Especialidad

Objetivo y Evolución

Lugar donde se realiza la prestación

Prestacion de apoyo 3.

Profesional (Nombre y Matrícula):

Profesional

Especialidad

Objetivos y Evolución.

Lugar donde se realiza la prestación:

Firma y Sello del Responsable del

Equipo Interdisciplinario del

Agente del Seguro de Salud

Firma y Sello del Médico Auditor del

Agente del Seguro de Salud

