

Planilla 5. AUDITORÍA CENTRAL / Cuidadores Domiciliarios Autorizados

A ser completada y firmada por el auditor del Área Adultos Mayores o Dpto. Asistentes Sociales del IOMA

APELLIDO y Nombre del afiliado: _____ **Edad:** _____ **Género:** F M
Nº de afiliado: _____ **Nº de Trámite:** _____
Teléfono de contacto: _____

Tipo de trámite: Primera solicitud Renovación Cambio de prestador Ampliación horaria

Apellido:		Nombre:		CUIT:	
Teléfono de contacto:					
Fecha de inicio de cobertura:			Duración de la cobertura: meses		
Horas por día hs	Días semana		Horas por mes hs
Monto Mensual	\$		Monto Total	\$	
Horario declarado a brindar la prestación			Desde	hs.	Hasta
			Desde	hs.	Hasta
Observaciones del Auditor:					

Apellido:		Nombre:		CUIT:	
Teléfono de contacto:					
Fecha de inicio de cobertura:			Duración de la cobertura: meses		
Horas por día hs	Días semana		Horas por mes hs
Monto Mensual	\$		Monto Total	\$	
Horario declarado a brindar la prestación			Desde	hs.	Hasta
			Desde	hs.	Hasta
Observaciones del Auditor:					

Monto total de la prestación: _____ **Fecha de auditoría:** _____

Firma y sello del auditor