



REGISTRO:

**SOLICITUD DE BÚSQUEDA DE DOCUMENTACIÓN
SANITARIA**

R203

Rev. 3
Pág. 1 de

Referencias del Inmueble: N.C.....

Cuenta OSSE N°

Cód. Serv. Actual

Solicitud de Búsqueda de Documentación Sanitaria

Sr. Presidente de O.S.S.E:

El que suscribe

propietario y titular de la cuenta en OSSE del inmueble ubicado en el Departamento.....

calle N°....., se dirige a Ud. a fin de

solicitar si se encontrara, documentación sanitaria del mismo según detalle:

- | | | | | |
|---------------------------|------|--------------------------|----|--------------------------|
| • Plano General (de obra) | – SI | ☐ | NO | ☐ |
| • Plano Sanitario (SAP) | – SI | ☐ | NO | ☐ |
| • Expediente Sanitario | – SI | ☐ | NO | ☐ |
| • Expediente de Renta | – SI | ☐ | NO | ☐ |
| • Otros: | – SI | ☐ | NO | ☐ |

----- FIRMA DE PROPIETARIO TITULAR	Nombre:
	D.N.I.:
	Teléfono:
	Mail:

Fecha de respuesta:/...../..... (10 días hábiles posteriores a fecha de presentación)

Se le comunicará vía mail/teléfono/wsp el resultado de la Búsqueda.

Podrá acercarse a retirar copia de la documentación si así lo desea, con los costos establecidos por esta sociedad.



REGISTRO:

**SOLICITUD DE BÚSQUEDA DE DOCUMENTACIÓN
SANITARIA**

R203

Rev. 3
Pág. 6 de

Se autoriza al Señor/a, a realizar el trámite correspondiente al presente expediente:

....., **DNI:**

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI
PERSONA AUTORIZADA

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI
PROPIETARIO

MODELO DE LIQUIDACIÓN ARANCEL POR BÚSQUEDA DE DOCUMENTACIÓN

Referente N.C.:

UF:

Cuenta OSSE:

C.S.:

Se informa al Propietario los aranceles generados por el presente trámite

Se recuerda que para realizar el trámite la cuenta de OSSE debe estar sin deuda

Arancel Búsqueda de
Documentación Sanitaria

\$

**COD
CABD**

Sellado - Derecho de
Oficina

\$

COD 43

**Total Importe derechos
a cobrar**

\$

**+
IVA a abonar**

LA CUENTA PRESENTA DEUDA

SI

☐
☐

NO

☐
☐

DEBE HACER CAMBIO DE TITULARIDAD

SI

NO

☐
☐

FIRMA PROPIETARIO/AUTORIZADO

FIRMA AGENTE LIQUIDADOR

FIRMA JEFE INST. INTERNAS

Informe:

Se ubico Expediente de renta, plano obra:

Se ubico Expediente sanitario, plano sanitario:

Se notifica telefónicamente/mail, fecha:

Se notifica por escrito, fecha:

Abona costos, fecha:



REGISTRO:

**SOLICITUD DE BÚSQUEDA DE DOCUMENTACIÓN
SANITARIA**

R203

Rev. 3
Pág. de

MODELO DE LIQUIDACIÓN ARANCEL POR COPIA DE PLANO

Referente N.C.:

UF:

Cuenta OSSE:

C.S.:

Se informa al Propietario los aranceles generados por el presente trámite

Arancel Copia de planos

\$

[\$ por m]

**Total Importe derechos
a cobrar**

\$

+ IVA a abonar

FIRMA PROPIETARIO/AUTORIZADO

FIRMA AGENTE LIQUIDADOR

FIRMA JEFE INST. INTERNAS

Informe:

Abona costos, fecha:

Retira copia de plano, fecha: