



Un aporte bien hecho

# ANEXO 13

PLANILLA DE ASISTENCIA DE PRESTACION MENSUAL (Adjuntar en forma mensual y obligatoria a la factura)

Razón Social del Prestador: .....

Domicilio real donde se brindo la prestación: .....

Dejo constancia que el Afiliado: .....

Ha concurrido a la Terapia de: ..... Durante el mes de .....2020

FECHA DE LA SESIÓN	CANTIDAD DE SESIONES BRINDADAS	HORARIO DE LA SESIÓN		CONFORMIDAD DE ASISTENCIA FIRMA Y ACLARACIÓN
		INICIO	FIN	

\*Esta auditoría no reconocerá/abonara las sesiones brindadas en los DIAS FERIADOS NACIONALES SEGÚN CALENDARIO OFICIAL cuando los mismos correspondan a un día hábil (lunes a viernes).

Firma y Sello del profesional: