

# 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 brindó la prestación: .....

Dejo constancia que el Afiliado: .....

Ha concurrido a la Terapia/ Prestación de: ..... Durante el mes ..... de 2024

- **SOLO SE RECONOCERÁN SESIONES SOBRE CUATRO SEMANAS AL MES**
  - **LAS SESIONES EN LOS MESES DE CINCO SEMANAS NO SERÁN RECONOCIDAS.**
  - **LAS SESIONES BRINDADAS EN DÍAS FERIADOS NO SERÁN RECONOCIDAS.**
- LAS SESIONES QUE SE BRINDAN FUERA DEL DIA Y HORARIO ESTIPULADO EN EL CRONOGRAMA NO SERÁN RECONOCIDAS.**

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

Firma y Sello del profesional: