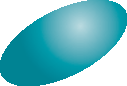
[WWW.OSPOCE.COM.AR](http://WWW.OSPOCE.COM.AR/) • [ame-discapacidad@ospoce.com.ar](mailto:ame-discapacidad@ospoce.com.ar)



Bme. Mitre 1525 - (1037) CABA (de 9:30 a 17:30 Hs.) • Call Center Ospoce: 0800-321-6776 (de 9:00 a 18:00 Hs.)

ANEXO 13 - PLANILLA DE ASISTENCIA  DE PRESTACION MENSUAL

(Adjuntar en forma mensual y obligatoria a la factura)

Razón Social del Prestador: **EQUIPO ADIP**

Domicilio real donde se brindo la prestación: **AV. CORDOBA 950 PISO 11B BS AS**

Dejo constancia que el Afiliado: **{PACIENTE}**

Ha concurrido a la Terapia/ Prestación de: **{PRESTACION}** Durante el mes **Febrero** 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** |
| 1 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 2 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 5 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 6 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 7 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 8 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 9 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 14 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 15 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 16 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 19 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 20 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 21 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 22 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 23 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 26 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 27 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 28 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |
| 29 |  | {HORARIOD} | {HORAHASTA} |  |

**Firma y Sello del profesional:**

AUDITORÍA MÉDICA OSPOCE