

DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR (INSTITUCIONES - PROFESIONALES)
PRESTACIÓN BRINDADA EN EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO

Mes _____ de 2021

En contexto de medida de "AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO", DECNU-2020-297-APN-PTE

NOMBRE Y APELLIDO:

NRO. DE DNI

NRO. DE BENEFICIARIO O AFILIADO

ORDEN DE ATENCIÓN
(en caso de corresponder)

Número

Fecha de Emisión

¿QUE PRESTACION BRINDÓ DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO?

<input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> CENTRO DE DÍA <input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN - MODULO INTEGRAL INTENSIVO - MODULO INTEGRAL SIMPLE	<input type="checkbox"/> RESIDENCIA <input type="checkbox"/> CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO <input type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE APOYO <input type="checkbox"/> MAESTRO DE APOYO	<input type="checkbox"/> PEQUEÑO HOGAR <input type="checkbox"/> CENTRO DE APRESTAMIENTO LABORAL <input type="checkbox"/> CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA	<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN CON INTERNACIÓN <input type="checkbox"/> MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR <input type="checkbox"/> REHABILITACION HOSPITAL DE DIA	<input type="checkbox"/> HOGAR CON OTRA PRESTACIÓN ESPECIFICAR: <input type="checkbox"/> ESCOLARIDAD <ul style="list-style-type: none">• INICIAL• PRIMARIA• FORMACIÓN LABORAL
--	---	--	---	--

☐ PRESTACION NO BRINDADA
MOTIVO:

ESPECIFICAR MODALIDAD DE CONCURRENCIA

☐ SIMPLE

☐ LUNES A VIERNES

☐ OTRA – ESPECIFICAR:

☐ DOBLE

☐ PERMANENTE

ESPECIFICAR LA MODALIDAD A TRAVÉS DE LA CUÁL BRINDÓ LA PRESTACIÓN EN EL PERÍODO DE AISLAMIENTO

☐ MATERIAL ☐ MAIL ☐ VIDEO LLAMADA ☐ PRESENCIAL ☐ TELEFÓNICA ☐ OTRA
IMPRESO ESPECIFICAR

¿DESDE EL ESTABLECIMIENTO SE BRINDÓ EL SERVICIO DE ALIMENTACION A DOMICILIO?

IF-2020-25794811-APN-GCP#SSS

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO MOTIVO: _____

EN EL CASO EN QUE EL BENEFICIARIO RESIDA EN UN HOGAR/RESIDENCIA: ¿FUE RETIRADO POR SUS FAMILIARES O RESPONSABLES A CARGO DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO PREVENTIVO SOCIAL Y OBLIGATORIO?
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
¿SE REQUIRIÓ ASISTENCIA DE TRANSPORTE? <input type="checkbox"/> SÍ PARA TRASLADO DE ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS _____ <input type="checkbox"/> NO

CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN BRINDADA	
SI ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA	SI NO ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA
FECHA: ____/____/____ FIRMA DEL TITULAR/FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR ACLARACION: DNI:	FECHA: ____/____/____ Declaro que la información proporcionada reviste carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia informada. La misma se incorporará al legajo del beneficiario FIRMA DEL PRESTADOR: ACLARACION: DNI:



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número: IF-2020-25794811-APN-GCP#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Martes 14 de Abril de 2020

Referencia: DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR INSTITUCIONAL V1

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.04.14 18:25:08 -03:00

Daniel Enrique Palumbo
Gerente
Gerencia de Control Prestacional
Superintendencia de Servicios de Salud

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2020.04.14 18:24:21 -03:00