



Provincia de Santa Fe
Ministerio de Salud



DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR (INSTITUCIONES - PROFESIONALES) PRESTACIONES BRINDADAS EN EL PERÍODO DEL AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO			
Mes Prestacional:			
Nombre de la Institución /Nombre y Apellido del Profesional:			
Nombre y Apellido del Titular:			
Nro de afiliado:			
Nombre y Apellido del Beneficiario:			
Nro de afiliado:			
Domicilio del afiliado:			
Teléfono:	Mail:		
¿Qué prestación se encuentra autorizada por la Obra Social y a partir de la Emergencia Sanitaria se comenzó a prestar el servicio en forma virtual? (Marque con una X la opción correcta)			
<input type="checkbox"/>	Rehabilitación Módulo Hospital de Día	<input type="checkbox"/>	Centro de Día
<input type="checkbox"/>	Rehabilitación Módulo Intensivo	<input type="checkbox"/>	Centro Educativo Terapéutico
<input type="checkbox"/>	Rehabilitación Módulo Simple	<input type="checkbox"/>	Centro de Formación Laboral
<input type="checkbox"/>	Especialidad en consultorio		
Especificar la modalidad de la prestación virtual brindada en el período de ASPO (Marque con una X la/s opción/ones correcta/s)			
<input type="checkbox"/>	Material impreso	<input type="checkbox"/>	Video llamada
<input type="checkbox"/>	Mail	<input type="checkbox"/>	Telefónica
<input type="checkbox"/>	Otros especificar:		
N° de Preliquidación:			
N° de Consumos:			
Conformidad de la prestación brindada			
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.			
Firma y sello del Prestador			
Aclaración:			
DNI:			

Aclaración: La declaración jurada se debe presentar junto con la facturación de acuerdo al mes que corresponda, es un documento por el cual el afiliado da la conformidad vía mail, de haber recibido el servicio en forma virtual. La Obra Social realizará una auditoría posterior, para la constatación del servicio.