



Provincia de Santa Fe
Ministerio de Salud



DECLARACIÓN JURADA DEL TRANSPORTISTA - PRESTACIONES BRINDADAS EN EL PERÍODO DEL AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO	
Mes Prestacional:	
Nombre y Apellido del Transportista:	
Nombre y Apellido del Titular:	
Nro de afiliado:	
Nombre y Apellido del Beneficiario:	
Nro de afiliado:	
Domicilio del afiliado:	
Teléfono:	Mail:
La prestación de Transporte que se encuentra autorizada por la Obra Social ¿Para qué terapia/s fue asignada? (Marque con una X)	
<input type="checkbox"/> Centro de Rehabilitación psicofísica	<input type="checkbox"/> Centro de Día
<input type="checkbox"/> Centro de Formación Laboral	<input type="checkbox"/> Centro Educativo Terapéutico
Nombre del Centro:	
Dirección:	
¿Brindó la prestación de transporte durante el período de aislamiento social? Marque con una X	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Motivo:	
Frecuencia Semanal:	
Kilómetros recorridos por semana:	
N° de Preliquidación:	
N° de Consumos:	
Conformidad de la prestación brindada	
Fecha: ___ / ___ / ___	
Firma del Titular/Familiar/Responsable/Tutor	Firma y sello del Prestador
Aclaración:	Aclaración:
DNI:	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 de haber recibido el servicio. La Obra Social realizará una auditoría posterior, para la constatación del servicio.