



RENDICION MENSUAL DE PRESTACIONES

APELLIDO Y NOMBRE o RAZON SOCIAL: _____ PRESTADOR N° _____

C.U.I.T.: ____ - _____ - ____

PERIODO FACTURADO: _____

PRESTACIONES CORRESPONDIENTES AL CONSULTORIO UBICADO EN _____

PLANILLA N° ____ DE ____

										TRANSPORTE DE \$	
	N° CREDENCIAL	PLAN	APELLIDO Y NOMBRE	FECHA	COD. PREST.	TRANS. (*)	N° AUTORIZ.	DIAGNOSTICO	COSEG.	FIRMA DEL AFILIADO	IMPORTE
1				/ /							
2				/ /							
3				/ /							
4				/ /							
5				/ /							
6				/ /							
7				/ /							
8				/ /							
9				/ /							
10				/ /							
11				/ /							
12				/ /							
13				/ /							
14				/ /							
15				/ /							

OBSERVACIONES

TOTAL FACTURADO / TRANSPORTE \$

(*) Columna que deberá ser completada por prestadores que transaccionen a través del POS o IVR

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL