



REQUISITOS EXIGIDOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD QUE DEBEN PRESENTAR LOS PRESTADORES.-

SI ES NUEVO PRESTADOR:

- **1.-** CURRICULUM VITAE ACTUALIZADO Y FOTOCOPIA DEL TITULO.-
- **2.-**CERTIFICADO ACTUALIZADO DEL NRO. DE REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES EN LA SUPERINTENDENCIA DE SERV. DE SALUD
- **3.-** INSCRIPCION Y CONDICION FISCAL FRENTE A AFIP. EN CASO DE SER EXENTO EN EL IMPUESTO A LAS GANANCIAS PRESENTAR CERTIFICADO DE EXENCION RG SEGÚN RESOLUCION GENERAL VIGENTE NRO. 2681 POR EL PERIODO ACTUAL.
- **4.-** MATRICULA PROVINCIAL VIGENTE.
- **5.-** POLIZA DE SEGURO DE MALA PRAXIS RESPONSABILIDAD CIVIL VIGENTE
- **6.-** INGRESOS BRUTOS – CONSTANCIA DE INSCRIPCION Y/O EXENCION.
- (EXCLUYENTE)
- **7.-** CONSTANCIA DE CBU EXPEDIDO POR EL BANCO CORRESPONDIENTE

SI YA ES PRESTADOR PARA AFILIADOS ADOS:

Debe presentar solo documentación con fechas vencidas

Consultas al:

Email: nolmos@adoscomodoro.org.ar

Whatsapp  297-5362884



PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Lugar y Fecha de Emisión _____

Datos del Prestador:

Razón Social / Prestador: _____

Domicilio **Real** de Atención: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

CUIT: _____

Datos del Afiliado:

Nombre y Apellido Beneficiario: _____

DNI: _____

CUIL Beneficiario: _____

Datos de la Prestación:

Prestación / Especialidad : _____

Período: Año _____ Desde: _____ Hasta: _____

Cantidad Sesiones/Hs.	Monto Sesión/ Hs. (\$)	Monto Mensual (\$)

Los valores se ajustaran a las Resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud

HORARIO	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
DESDE					
HASTA					

Firma Prestador

Aclaración y Sello

[illegible]



2.-INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, EN EL CUAL CONSTEN:

PERÍODO DE ABORDAJE, MODALIDAD DE PRESTACION, DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Y SU NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS ALCANZADOS._____

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

INFORME SEMESTRAL

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

DATOS DEL AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDO BENEFICIARIO:

CUIL BENEFICIARIO:

F.NAC:

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

PRESTACIÓN / ESPECIALIDAD:

PERÍODO:

AÑO: 2024

DESDE:

HASTA:

1-INFORME DE EVALUACIÓN:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL