

## CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS POR GERIÁTRICOS

### DATOS DE LA INSTITUCIÓN:

Razón Social: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL TITULAR OBRA SOCIAL:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

N° de Documento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

N° de Documento: \_\_\_\_\_

MES PRESTACIONAL: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

#### FECHA

DESDE	HASTA

#### OBSERVACIONES

---

---

---

---

---

---

---

---

TOTAL DE AUSENCIAS: \_\_\_\_\_

TOTAL DE DÍAS ASISTIDOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y SELLO DE INSTITUCIÓN**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO**

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO O FAMILIAR REFERENTE