

OSPACA

Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO
R.N.O.S. 1-0160-4

Última act: oct. 2025

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR MÓDULO MAESTRA DE APOYO

Corresponde a la Factura N°

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL

DOMICILIO

MAIL

TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

PRESTACIÓN

PERÍODO

MES

AÑO

Ingrese las horas brindadas por día

DÍA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

PROFESIONAL

RESPONSABLE o PACIENTE

Firma

DNI

Firma

Sello Legible/DNI

Aclaración

Aclaración

Vínculo

OSPACA

Obra Social del Personal del

AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO

R.N.O.S. 1-0160-4

Última act. octubre 2025

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL **INSTITUCIONES**

Corresponde a la Factura N°

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL

DOMICILIO

MAIL

TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

PRESTACIÓN

PERÍODO MES

AÑO

Ingrese las horas brindadas por día

DÍA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

PROFESIONAL

RESPONSABLE o PACIENTE

Firma

DNI

Firma

Sello Legible/DNI

Aclaración

Aclaración

Vínculo

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL

PRESTACIONES POR HORA/SESIONES

Corresponde a la Factura N°

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

PRESTADOR

PERÍODO MES

AÑO

RAZÓN SOCIAL

MAIL

TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

PRESTACIÓN

CANT	FECHA DD/MM/AA	HORARIOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA CONFORMIDAD DEL PACIENTE O RESPONSABLE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

Firma del Profesional

Sello Legible

Firma del Responsable o Paciente

DNI

Aclaración de Firma del Profesional

Aclaración de Firma del Responsable o Paciente

Matrícula/DNI del Profesional

Vínculo

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL TRANSPORTE

Corresponde a la Factura N°

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIODNI **PERÍODO** MES **AÑO**PRESTADOR **CUIT**

Transporte a (Indicar tipo de terapia, nombre del profesional y/o la razón social de la institución)

Partida desde (Calle y número, localidad y provincia)

Destino (Calle y número, localidad y provincia)

CANT.	FECHA DD/MM/AA	HORA IDA	HORA VUELTA	FIRMA DEL TRANSPORTISTA	FIRMA CONFORMIDAD DEL RESPONSABLE DEL BENEFICIARIO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

MARCAR CUANDO CORRESPONDA:

CORRESPONDE MÓDULO SEGÚN RESOLUCIÓN 1992/2015

Firma del Transportista responsable

Sello del recibo

Firma del Responsable o Paciente

DNI del Firmante

Aclaración de Firma del Transportista

Aclaración de Firma del Responsable o Paciente

Matrícula/DNI del Transportista

Vínculo