

# PRESTADORES SAID INDIVIDUALES



## PLANILLA FACTURACIÓN SISTEMA ATENCIÓN INTEGRAL DE DISCAPACIDAD (SAID)

PROFESIONAL \_\_\_\_\_ CÓDIGO PRESTADOR: \_\_\_\_\_ PERÍODO \_\_\_\_\_

N° DE AFILIADO/A	NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO/A	COD. MÓDULO	COD. VALIDACIÓN SVI	IMPORTE

IMPORTE TOTAL \_\_\_\_\_

**LA PRESENTE PLANILLA TIENE CARACTER DE DECLARACION JURADA**  
**Completar cada ítem.**  
**Los débitos realizados en relación a la falta de datos no serán acreditados. SIN EXCEPCIÓN**

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello profesional