SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL DIRECCION DE OBRA SOCIAL PRESTADORES NO CONVENIDOS	RESUMEN DE PRESTACIONES PLANILLA DE ASISTENCIA	MES: _____AÑO:_____
		Apellido y Nombre Afiliado:
	APELLIDO Y NOMBRE DEL PRESTADOR	
	PRESTACION:	
	DIRECCION Y TELEFONO:	

FECHA							
DIA	HORARIO ATENCION	FIRMA DE CONFORMIDAD			FIRMA DE CONFORMIDAD	PARENTESCO	TELEFONO