

**ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO**

**PLANILLA 5**

**APELLIDO Y NOMBRE:** .....

**MES:**

	ENTRADA	SALIDA		
DIA	HORA	HORA	Tareas realizadas	Firma Acompañante Terapéutico
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				

Firma afiliado o familiar a cargo:

Aclaración de firma – DNI-Parentesco:

Firma del Acompañante Terapéutico:.....Aclaración y DNI

**La documentación a presentar para liquidación de acompañantes terapéuticos incluye:**

- **Factura**
- **Planilla de asistencia diaria debidamente completa y firmada por acompañante, paciente/familia**
- **Informe mensual**
- **Informe trimestral evolutivo del equipo tratante.**

**La factura debe estar emitida a nombre de SEMPRE. En la misma debe constar en detalle el nombre del afiliado/paciente, la prestación que recibe y el período que se factura.**

**Respecto del importe, el modulo que tiene autorizado es por un total de \$**

**Si tiene dudas respecto de la confección de los informes por favor póngase en contacto directo con Salud Mental. [saludmental@sempre.isslp.gov.ar](mailto:saludmental@sempre.isslp.gov.ar)**

**Y recuerde enviar comprobante de su CBU para que podamos liquidarle.**

**Una vez tenga la documentación completa por favor envíe todo junto a esta dirección de correo [pagosacom@sempre.isslp.gov.ar](mailto:pagosacom@sempre.isslp.gov.ar), por el período que tiene autorizado.**