Planilla de Asistencia

PRESTACIÓN: _____

PLAN: ☐ DISCAPACIDAD ☐ SALUD MENTAL ☐ GENERAL ☐ OTRO: _____

PERÍODO/MES: _____ AÑO: _____

PROFESIONAL: _____ FACTURA ASOCIADA Nº: _____

AF BENEFICIARIO: _____ Nº AF: _____

AF TITULAR: _____ Nº AF: _____

FECHA	HORA INGRESO	HORA SALIDA	FIRMA PROFESIONAL	FIRMA AFILIADO/A
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				
____/____/_____				

CANTIDAD DE HORAS/SESIONES TOTAL: _____

_____

FIRMA AFILIADO/A O RESPONSABLE