Planilla de Asistencia

SOSUNC

AFILIADO/PACIENTE: _____ **Nº AF:** _____

PRESTACIÓN: _____

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

PERÍODO/MES: _____ **AÑO:** _____ **PROFESIONAL:** _____

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

CANTIDAD DE HORAS TOTAL: _____