

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL PRESTACIONES POR HORA/SESIONES

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL

MAIL

TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

PRESTACIÓN

PERÍODO

MES

AÑO

CANT	FECHA DD/MM/AA	HORARIOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA CONFORMIDAD DEL PACIENTE O RESPONSABLE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

PROFESIONAL

RESPONSABLE o PACIENTE

Firma

Sello Legible

Firma

DNI

Aclaración

Aclaración

Matrícula/DNI

Vínculo

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL INSTITUCIONES

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL

DOMICILIO

MAIL TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI PRESTACIÓN

PERÍODO MES AÑO

Ingrese las horas brindadas por día

DÍA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PROFESIONAL

RESPONSABLE o PACIENTE

.....
Firma Sello Legible/DNI

Aclaración

.....
Firma DNI

Aclaración

Vínculo

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR MÓDULO MAESTRA DE APOYO

PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL

DOMICILIO

MAIL TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI PRESTACIÓN

PERÍODO MES AÑO

Ingrese las horas brindadas por día

DÍA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PROFESIONAL

RESPONSABLE o PACIENTE

.....
Firma

.....
Sello Legible/DNI

Aclaración

.....
Firma

DNI

Aclaración

Vínculo

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL TRANSPORTE

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI PERÍODO MES AÑO

PRESTADOR CUIT

Transporte a (Indicar tipo de terapia, nombre del profesional y/o la razón social de la institución)

Partida desde (Calle y número, localidad y provincia)

Destino (Calle y número, localidad y provincia)

CANT.	FECHA DD/MM/AA	HORA IDA	HORA VUELTA	FIRMA DEL TRANSPORTISTA	FIRMA CONFORMIDAD DEL RESPONSABLE DEL BENEFICIARIO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

TRANSPORTISTA

RESPONSABLE o PACIENTE

Firma del transportista responsable Sello del recibo

Firma DNI

Aclaración

Matrícula/DNI

Aclaración

Vínculo