

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL INSTITUCIONES

Corresponde a la Factura N°

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	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

PROFESIONAL

RESPONSABLE o PACIENTE

Firma

Sello Legible/DNI

Aclaración

Firma

DNI

Aclaración

Vínculo