

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL
Instituciones

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

PRESTADOR RAZÓN SOCIAL

DOMICILIO

MAIL TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI PRESTACIÓN

TIPO DE JORNADA HORARIO

PERÍODO (MES Y AÑO) /

Se marcará con P: p resente, las asistencias.
Se marcará con A: ausente, las inasistencias.

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"/>

.....
Firma Paciente o Responsable

.....
DNI

.....
Firma Profesional

.....
Aclaración

.....
Vínculo

.....
Matrícula, Sello y Aclaración

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL
Apoyo a la Integración Escolar

PRESTADOR RAZÓN SOCIAL

DOMICILIO

MAIL TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

PRESTACIÓN

PERÍODO (MES Y AÑO) /

Ingrese la cantidad de 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"/>

.....
Firma Paciente o Responsable

.....
DNI

.....
Firma Profesional

.....
Aclaración

.....
Vínculo

.....
Matrícula, Sello y Aclaración

