



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL
Instituciones
Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura

| | |
|-------------------|--------|
| Lugar de emisión: | Fecha: |
|-------------------|--------|

Datos del afiliado

| |
|--------------------|
| Nombre y Apellido: |
|--------------------|

| |
|---------|
| D.N.I.: |
|---------|

Datos de la prestación

| |
|--------------------------|
| Prestación/Especialidad: |
|--------------------------|

| |
|-----------|
| Domicilio |
|-----------|

| | |
|-------|-----------|
| Mail: | Teléfono: |
|-------|-----------|

Período

| | |
|------|------|
| Mes: | Año: |
|------|------|

TIPO DE JORNADA: _____ **HORARIO:** _____

Se marcará con **P**: presente, las asistencias. Se marcará con **A**: ausente, las inasistencias.

| 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 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Firma Paciente o Responsable

Aclaración

Firma Profesional

Sello o Aclaración

Matrícula