

Planilla de Asistencia Mensual – Prestaciones Educativas

Prestador:

Razón Social:

Domicilio donde concurre:

Correo Electrónico:

Tel:

Apellido y Nombre
del beneficiario:

DNI

Nº Afiliado

Prestación:

Tipo de Jornada:

Periodo (mes y año):

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

Se marcara con una P (Presente) las asistencias
 Se marcara con una A (Ausentes) las inasistencias
 S (sábados) / D (domingos) / F (feriados) / J (jornadas)

Paciente o Responsable (aclarar vínculo)

Firma:

Aclaración:

DNI:

Prestador:

Firma del Responsable de la Institución:

Aclaración:

Sello del Prestador