

**PLANILLA DE ASISTENCIA - CENTRO**

Paciente: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_ Jornada:  Doble  Simple

Periodo: \_\_\_\_\_ / 2020

Día	Hora	Observaciones	Firma Tutor	Virtual
01	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
02	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
03	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
04	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
05	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
06	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
07	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
08	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
09	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
10	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
11	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
12	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
13	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
14	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
15	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
16	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
17	Desde ____:____ - Hasta ____:____			

**PLANILLA DE ASISTENCIA - CENTRO**

18	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
19	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
20	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
21	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
22	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
23	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
24	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
25	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
26	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
27	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
28	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
29	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
30	Desde ____:____ - Hasta ____:____			
31	Desde ____:____ - Hasta ____:____			

Total de Hora Mensuales: \_\_\_\_\_

Observaciones:

---



---



---

Firma y Sello del Prestador

Firma y Sello Titular