



PLANILLA DE ASISTENCIA

Lugar y fecha de emisión:.....

Nombre y Apellido del Beneficiario:.....

D.N.I. N°:.....

Prestación:.....Período:.....

Prestador:.....

	FECHA	FIRMA	ACLARACIÓN	D.N.I. N°
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				