



PLANILLA DE ASISTENCIA DE PRESTACIONES DE REHABILITACION

NOMBRE Y APELLIDO:
DNI:
PROFESIONAL:
DOMICILIO DEL CONSULTORIO:
MES CORRESPONDIENTE:

NRO.	FECHA	HORARIO DE ENTRADA	HORARIO DE SALIDA	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TUTOR
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

**FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL**

ACLARACIÓN

FIRMA DEL TUTOR

AUDITORÍA IPSS