

PLANILLA DE ASISTENCIA: Centro de Día/C.E.T./Escuela

FECHA

 Día Mes Año

INSTITUCIÓN::

MES/AÑO:

CÓDIGO PRESTADOR:

FECHA	AFILIADO	N° DE AFILIADO	CÓDIGO DE PRESTACIÓN	CANT. DÍAS	FIRMA DE TITULAR Y/O REPRESENTANTE (ACLARACIÓN Y VÍNCULO)	OBSERVACIONES

Los débitos realizados con relación a la falta de datos de las plantillas de asistencias no serán acreditados. SIN EXCEPCIÓN.

Fecha:/...../.....

.....
 FIRMA Y SELLO RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN

apross.

CENTRO DE ATENCIÓN AL AFILIADO **0800 888 2776**

 auditoriasaid@apross.gov.ar