

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL CENTROS/INSTITUCIONES  
(CD - CET - ESCUELAS)

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_

DNI DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_

RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_

PRESTACIÓN DE : \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_

Colocar **"P"** si estuvo **PRESENTE**, **"A"** si estuvo **AUSENTE** o **"/"** cuando corresponde a FERIADO o FIN DE SEMANA. (TODAS LAS CASILLAS DEBEN SER COMPLETADAS)

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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 |    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

Cambios de días y/u horarios:

\_\_\_\_\_

Motivos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello  
Responsable Institución

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
Titular / Tutor

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090