

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

1

Apellido y Nombre del Afiliado: _____ **DNI del Afiliado:** _____

Razón Social del Prestador: _____ **CUIT:** _____

Prestación de: _____ **Mes** _____ **de 2025**

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 del
Responsable Institución**

**Firma y Aclaración
Titular/ Tutor**