



Instituto Provincial
de Salud de Salta

PLANILLA DE ASISTENCIA MÓDULO DE APOYO

NOMBRE Y APELLIDO:

LUGAR DONDE SE REALIZA LA PRESTACIÓN:

PROFESIONAL A CARGO:

MES:

DNI:

GRADO/NIVEL

MODALIDAD

N°	FECHA	HORARIO DE ENTRADA	HORARIO DE SALIDA	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL TUTOR
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SELLO INSTITUCIÓN EDUCATIVA

AUDITORIA IPS

EN CASO QUE PRESTACIÓN SE REALICE FUERA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CONSIGNAR AQUÍ
