



Instituto Provincial
de Salud de Salta

PLANILLA DE ASISTENCIA DE PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

DOMICILIO DEL CONSULTORIO EXTERNO:

PROFESIONAL A CARGO:

MES:

N°	FECHA	HORARIO DE ENTRADA	HORARIO DE SALIDA	FIRMA Y SELLO 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

AUDITORIA IPS

AUDITORIA IPS