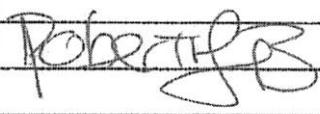
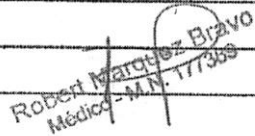
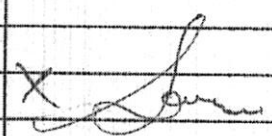


ENTIDAD: _____

 PACIENTE: Steinman Florencia

 MES/AÑO: Enero 2022

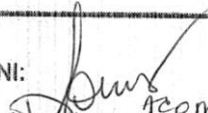
PRESENTISMO

DIA	PROFESIONAL	FIRMA PROFESIONAL	CONFORMIDAD
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		 Robert Marquez Bravo Médico - M.N. 177389	
29			
30			
31			

Firma y Aclaración:


 Robert Marquez Bravo
 Médico - M.N. 177389

Firma, aclaración y DNI:


 Doy conformidad satisfactoria de las prestaciones realizadas
 12467068