

**ANEXO III**  
**MODELOS DE PLANILLAS**

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: 10 / 12 / 2025  
Razón social del prestador: Asoc. Amigos del Taller p/ Discapacitados  
CUIT: 30674158838  
Domicilio donde se realiza la prestación: Av. Jorge Newbery 782 - Galvez  
Correo electrónico de contacto: recepcionpinpuen@gmail.com Teléfono: (03404) 430093  
Beneficiario: Lopez Comila DNI: 49.578.344  
Modalidad prestacional a brindar: Centro de día jornada Doble y Depend.  
Tipo de jornada a realizar: J. Doble Categoría: A  
Período: desde: Enero 2026 hasta: Diciembre 2026  
Almuerzo:  Sí - No.  
Monto Mensual: \$ 1.212.360,50

**En caso de corresponder:**

Dependencia:  Sí - No.  
Matrícula anual: \_\_\_\_\_  
Cantidad de sesiones mensuales: \_\_\_\_\_ Monto por Sesión: \_\_\_\_\_

**CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:** indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: 8 A: 15HS	De: 8 A: 15HS	De: 8 A: 15HS	De: 8 A: 15HS	De: 8 A: 15HS	De: _____ A: _____

*Mariel Marchesi*  
FONOAUDIOLOGA  
Firma y Aclaración del Prestador  
L. 13.010 N° 31 L. 1 F. 1  
DIRECTORA

Asociación Amigos del Taller  
Para Discapacitados  
JORGE NEWBERY 782 - 774  
GALVEZ

*Dr. Eduardo Oesquer*  
MEDICO AUDITOR  
Mat. N° 2653 - L° II - F° 128  
U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS