

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: recepcion.pinquen@gmail.com Teléfono: (03404) 430093
 Beneficiario: Lopez Luisina DNI: 46.134.379
 Modalidad prestacional a brindar: Centro Educativo Terapéutico
 Tipo de jornada a realizar: J. Simple Categoría: A
 Período: desde: Enero 2026 hasta: Diciembre 2026
 Almuerzo: Sí No.
 Monto Mensual: \$ 550.919,80 ✓

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: 15 A: 19HS	De: 15 A: 19HS	De: 15 A: 19HS	De: 15 A: 19HS	De: 15 A: 19HS	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

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

ADRIANA GARNERO
PROFESORA ENS. ESPECIAL
DIRECTORA
CENTRO EDUC. TERAP.

Dr. Eduardo Oesquer
MEDICO AUDITOR
Mat. N° 2653 - L° II - F° 126
U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS