

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: recepcionpinguen@gmail.com Teléfono: (03404) 430093
 Beneficiario: Torres Francisco DNI: 43.958.880
 Modalidad prestacional a brindar: Centro de día jornada Doble 9/ Depend
 Tipo de jornada a realizar: J. Doble Categoría: A
 Período: desde: Enero 2026 hasta: Diciembre 2026
 Almuerzo: Sí - No.
 Monto Mensual: \$ 1.212.360,58

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:

Maribel Marchesi
 FONOAUDIOLOGA
 IATR. Nº 31 L. I F. I
 DIRECTORA
 Firma y Aclaración del Prestador.

Dr. Eduardo Oesquer
 MEDICO AUDITOR
 Mat. Nº 2653 - Lº II - Fº 128
 U.O.M.R.A.

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