



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES INSTITUCIONALES

Por favor completar esta planilla con letra mayúscula, en forma clara, sin tachaduras ni enmiendas. Deberá adjuntar: habilitación y constancia de inscripción En el Registro Nacional de Prestadores para Discapacidad, donde conste la categoría. En caso de tratarse de una Institución Educativa se adjuntará el certificado de alumno regular. Si la prestación es en modalidad On Line se deberán adjuntar los protocolos vigentes para la modalidad virtual.

LUGAR: **FECHA:**/...../.....

DATOS DEL AFILIADO:

APELLIDO Y NOMBRES:

Nº D.N.I:

DATOS DEL PRESTADOR:

NOMBRE Y APELLIDO:

DOMICILIO:

TEL: EMAIL:

CUIT Nº: CONDICIÓN FRENTE AL IVA:

CBU Nº: CHEQUE A LA ORDEN DE:

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

MODALIDAD PRESTACIONAL A BRINDAR:

TIPO DE JORNADA A REALIZAR: SIMPLE: DOBLE: CATEGORÍA: A B C

INCLUYE ALMUERZO: SI NO INCLUYE DEPENDENCIA: SI NO

MONTO POR MENSUAL \$: PERIODO DESDE: HASTA: AÑO:

MODALIDAD (Indicar con X el que corresponda): ON-LINE

PRESENCIAL

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:

DÍAS Y HORARIOS ON - LINE:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

DÍAS Y HORARIOS PRESENCIAL:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

.....
FIRMA

.....
ACLARACIÓN

.....
SELLO DEL PRESTADOR

SE RECUERDA: NO SE ABONARÁN PRESTACIONES QUE NO HAYAN SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADAS

RESERVADO PARA SUMA:

RECEPCIÓN: FECHA:/...../..... FIRMA y SELLO:

AUTORIZACIÓN: FECHA:/...../..... FIRMA y SELLO:

ACLARACIONES:

.....

.....

.....

CARGA A SISTEMA: FECHA:/...../..... FIRMA y SELLO:

