

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES INSTITUCIONES

FECHA DE EMISION:/...../.....

PRESTADOR:	CUIT N°
DOMICILIO DE ATENCION :	
TELEFONO:	MAIL (COMPLETAR CON LETRA CLARA)

NOMBRE Y APELLIDO BENEFICIARIO	
DNI	
PRESTACION:	
TIPO DE JORNADA A REALIZAR:	SIMPLE..... DOBLE..... PERMANENTE CATEGORIA: A.....B.....C.....
INCLUYE ALMUERZO: SI..... NO.....	INCLUYE DEPENDENCIA: SI..... NO.....
MATRICULA: SI..... NO.....	IMPORTE: \$
MONTO MENSUAL: \$	RESOLUCION N°:
DESDE:Mes	Año:
HASTA:Mes	Año:

Cronograma de asistencia : Indicar el horario

Dias	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

.....
FIRMA DEL PRESTADOR

.....
SELLO

.....
ACLARACION

PRESUPUESTO TRANSPORTE

FECHA DE EMISIÓN:

BENEFICIARIO

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL:

CUIT:

TELÉFONO:

MAIL:

COMPAÑÍA DE SEGURO:

PÓLIZA N.º: VTO:

PERIODO, DESDE: **HASTA:**

DIAGRAMA DE TRASLADO							
VIAJE	DOMICILIO DE PARTIDA	DOMICILIO DE DESTINO	KM POR VIAJE	KM MENSUALES	IMPORTE DIARIO	IMPORTE MENSUAL	PRESTACIÓN

CRONOGRAMA DE TRASLADO MARCAR CON UNA X LOS DIAS DE TRASLADO							
VIAJE	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	PRESTACIÓN

TOTAL DE KM MENSUALES:.....

ADICIONAL DEPENDENCIA 35% (SUJETO A EVALUACIÓN) **SI – NO** (TACHAR LO QUE CORRESPONDA)

FIRMA DEL TRANSPORTISTA:

ACLARACIÓN:.....

DNI:.....

PRESUPUESTO TRATAMIENTO AMBULATORIO

FECHA DE EMISION:/...../.....

PRESTADOR:	CUIT N°
DOMICILIO DE ATENCION :	
TELEFONO:	MAIL (COMPLETAR CON LETRA CLARA)

NOMBRE Y APELLIDO BENEFICIARIO			
DNI			
PRESTACION/ESPECIALIDAD			
DESDE:Mes	Año:	HASTA:Mes	Año:

CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES		
MONTO SESION: \$	RESOL. N°:	MONTO MENSUAL: \$

Cronograma de asistencia : Indicar el horario

Dias	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

.....
FIRMA DEL PRESTADOR

.....
SELLO

.....
ACLARACION