

**PRESUPUESTO DE PRESTACIONES INSTITUCIONES**

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

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

NOMBRE Y APELLIDO <b>BENEFICIARIO</b>	
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 <b>BENEFICIARIO</b>			
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