



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto: Teléfono: _

Beneficiario: DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Período: desde: hasta:

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual:

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: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Mail de contacto: Teléfono:

Compañía de Seguros: Póliza N°:

Beneficiario: DNI:

Período: desde: hasta:

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales:

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km: Monto mensual

Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo con Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que en la continuación se detallan y de constancia que me han explicado en términos claros y adecuados , comprendiendo las alternativas disponibles .

1. Prestación: _____

a. Prestador: _____

b. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

2. Prestación: _____

c. Prestador: _____

d. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

3. Prestación: _____

e. Prestador: _____

f. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

4. Prestación: _____

g. Prestador: _____

h. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo.....con Documento Tipo (.....)
Nºdoy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:
desde.....hasta.....

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, deajo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de
.....

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.08.12 15:18:23 -03:00

Juan Jose Picon
Gerente
Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros
Superintendencia de Servicios de Salud

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.08.12 15:18:24 -03:00