# "ANEXO III - DECLARACIÓN JURADA DE FACTURACIÓN MENSUAL DE POBLACIÓN ASISTIDA"

| | |
|---|---|
| **DECLARACIÓN JURADA DE FACTURACIÓN MENSUAL**<br>**PROGRAMA "APOYO A LAS INSTITUCIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD - Ley Nacional 24.901"**<br>Centros de Día, Centros Educativos Terapeuticos, Residencias, Hogares | **Institución:**<br>**Persona Jurídica o Persona Humana firmante:**<br>**Tipo de prestación:**<br>**Responsable:**<br>**Domicilio:**<br>**Teléfono:** |

| NÚMERO | POBLACIÓN ASISTIDA POR EL ESTABLECIMIENTO | | FACTURACIÓN ABRIL 2025 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | TIPO DE DISCAPACIDAD | DEPENDENCIA si/no | PRESTACIÓN BÁSICA LEY 24.901 | CATEGORÍA | ARANCEL FACTURADO | NÚMERO DE FACTURA |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

G O B I E R N O DE LA C I U D A D DE B U E N O S A I R E S

**Hoja Adicional de Firmas**
**Informe gráfico**

**Número:** IF-2025-21159351-GCABA-COPIDIS

Buenos Aires, Jueves 22 de Mayo de 2025

**Referencia:** ANEXO III - DECLARACIÓN JURADA DE FACTURACIÓN MENSUAL DE POBLACIÓN ASISTIDA

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.

Digitally signed by Comunicaciones Oficiales
Date: 2025.05.22 15:16:29 -03:00

Paola Hebe Jelonche
Titular Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con
COMISION P/ LA PLENA PARTICIP E INCLUS PERSONAS
C/DISCAPACID
AREA VICEJEFE DE GOBIERNO

Digitally signed by Comunicaciones Oficiales
Date: 2025.05.22 15:16:30 -03:00