

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 _____

Periodo desde _____ hasta _____

Almuerzo SI – No

Monto mensual _____

En caso de corresponder

Dependencia SI – No

Matricula 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.