



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 brinda _____

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:

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS
HORARIOS	DE:	DE:	DE:	DE:	DE:	DE:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma Sello y Aclaración del Prestador