

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES INSTITUCIONALES//EDUCATIVAS

Lugar de emisión y fecha: _____

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido: _____

DNI N° _____

Datos de la Prestación

Modalidad Prestacional Para Brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: Simple _____ Doble _____ Categoría A _____ B _____ C _____

Incluye Almuerzo SI _____ NO _____ Incluye Dependencia SI _____ NO _____

Monto mensual \$ _____ Período: Desde _____ hasta _____ año 20____

Datos del prestador

Nombre y Apellido / Razón Social: _____

Domicilio REAL donde se brinda la prestación: _____

Código de área y teléfono: () _____ Email: _____

CUIT N° _____ Condición Frente al IVA: _____

Cronograma de asistencias

| Lunes (Hora) | Martes (Hora) | Miércoles (Hora) | Jueves (Hora) | Viernes (Hora) | Observaciones |
|--------------|---------------|------------------|---------------|----------------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Firma, Aclaración y Sello

De la Institución/ Prestador