



PRESUPUESTO PRESTACIONAL - INSTITUCIONALES/EDUCATIVAS

Fecha de Emisión: _____

DATOS DEL/LA BENEFICIARIO/A

Nombre y Apellido: _____ DNI N° _____

DATOS DEL PRESTADOR

Razón Social del prestador: _____

CUIT N° _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Email: _____ Teléfono:() _____

Prestación: _____

Modalidad Prestacional Para Brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período, desde (MM/AAAA): _____ hasta (MM/AAAA): _____

Almuerzo SI _____ NO _____ Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia SI _____ NO _____ Matrícula Anual: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

Lunes (Hora)	Martes (Hora)	Miércoles (Hora)	Jueves (Hora)	Viernes (Hora)	Observaciones
De:	De:	De:	De:	De:	
A:	A:	A:	A:	A:	
De:	De:	De:	De:	De:	
A:	A:	A:	A:	A:	
De:	De:	De:	De:	De:	
A:	A:	A:	A:	A:	

Firma, Aclaración y Sello

De la Institución/Prestador