

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

FECHA DE EMISIÓN CUIT
RAZÓN SOCIAL
DOMICILIO DONDE SE REALIZA LA PRESTACIÓN
MAIL TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO
DNI MODALIDAD PRESTACIÓN A BRINDAR

TIPO DE JORNADA QUE REALIZA Simple o Doble
Período: Desde Hasta
Categoría 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: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>	De: <input type="text"/>
	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	A: <input type="text"/>

Del Profesional:

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
Sello Legible