

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES INSTITUCIONES

FECHA DE EMISION:/...../.....

PRESTADOR:	CUIT N°
DOMICILIO DE ATENCION :	LOCALIDAD:
TELEFONO:	MAIL (COMPLETAR CON LETRA CLARA)

NOMBRE Y APELLIDO BENEFICIARIO	
DNI	
PRESTACION:	
TIPO DE JORNADA A REALIZAR:	SIMPLE..... DOBLE..... PERMANENTE CATEGORIA: A.....B.....C.....
INCLUYE ALMUERZO: SI..... NO.....	INCLUYE DEPENDENCIA: SI..... NO.....
MATRICULA: SI..... NO.....	IMPORTE: \$
MONTO MENSUAL: \$	RESOLUCION N°:
DESDE:Mes Año:	HASTA:Mes Año:

Cronograma de asistencia : Indicar el horario

Dias	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

.....
FIRMA DEL PRESTADOR

.....
SELLO

.....
ACLARACION