

PRESUPUESTO PRESTACIONAL (INSTITUCIONES CATEGORIZADAS)
(Res. 1743/2024- Anexo III)

Fecha de Emisión: ____ / ____ / ____

Razón social del prestador:

CUIT Nº:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto:

Teléfono:

Beneficiario (Apellido y nombre):

DNI Nº:

Modalidad prestacional:

Tipo de Jornada:

Categoría:

Período de atención - Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____

Monto Mensual: \$ (Aranceles del Nomenclador de Prestaciones Básicas Ley Nº 24.901)

Almuerzo: Sí – No (tachar lo que no corresponda)

Dependencia: Sí - No (tachar lo que no corresponda)

Matrícula anual: Sí – No (tachar lo que no corresponda. De corresponder indicar valor) \$

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

(indicar el horario de cada día de asistencia- Tachar los días que no correspondan)

Días		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
Horario	De:						
	A:						

.....

Firma y Sello del Prestador