

# PRESUPUESTO PRESTACIONAL 2026

Fecha de Emisión:

Razón social del **PRESTADOR**:

CUIT:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto:

Teléfono:

---

**Apellido y Nombre del BENEFICIARIO:**

DNI del **Beneficiario**:

Teléfono:

Correo electrónico de contacto:

Prestación a brindar y modalidad:

Tipo de jornada a realizar:

Categoría:

Período: Desde:

Hasta:

En caso de corresponder: Almuerzo: Sí – No

Dependencia: Sí - No

Monto Mensual:

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: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador