

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 14 / 11 / 2025
Razón social del prestador: Ponce Gisela Ivana
CUIT: 27-27838213-9
Domicilio donde se realiza la prestación: EESO N° 592 - Calle 21 N° 170 (Avenida)
Correo electrónico de contacto: giselaponce@live.com.ar Teléfono: 3483-440733
Beneficiario: Galarza Lucina DNI: 49268596
Modalidad prestacional a brindar: Presencial
Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
Período: desde: Marzo 2026 hasta: Diciembre 2026
Almuerzo: Sí - No.
Monto Mensual: \$ 399110,13 -

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: A:	De: <u>13h</u> A: <u>15h</u>	De: <u>15h</u> A: <u>18h</u>	De: <u>13h</u> A: <u>15h.</u>	De: A:	De: A:

GISELA I. PONCE
Prof. de Educación Especial
P/ Discapacitados Intelectuales
Reg. N° 2001 - 11455



Firma y Aclaración del Prestador.

Dr. Eduardo Qesquer
MEDICO AUDITOR
Mat. N° 2653 - L° II - F° 128
U.O.M.R.A.

