

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 15 / 01 / 2026
Razón social del prestador: MAESTRA DE APOYO - PROFESORA DE EDUCACION ESPECIAL
CUIT: 27-31-893-939-5
Domicilio donde se realiza la prestación: PUYRREDON N° 1564-ESPERANZA
Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: 03496-15526943
Beneficiario: SOL LUCIA GAUONE DNI: 54-846-540
Modalidad prestacional a brindar: CLASE DE APOYO
Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
Período: desde: MARZO hasta: DICIEMBRE DE 2026
Almuerzo: Sí - No.
Monto Mensual: 314.390,16

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.
Matrícula anual: _____
Cantidad de sesiones mensuales: 24 HORAS Monto por Sesión: 13.099,59

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: 16:00 A: 18:00	De: A:	De: A:	De: 16:00 A: 18:00	De: 16:00 A: 18:00	De: 1 A:

Alicia Villalba
ALICIA VILLALBA
Firma y Aclaración del Prestador.

Alicia I. Villalba
Profesora de Educación Especial
REGISTRO Nro. 09-774

Dr. Eduardo Casquet
MEDICO AUDITOR
Mat. N° 2853 - L° II - F° 128
U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS