

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: **03/02/2026**

Razón social del prestador: **MANAVELLA VALLE JUAN CARLOS GABRIEL.**

CUIT: **20-33.559-275-2**

Domicilio donde se realiza la prestación: **SARMIENTO 1719. SANTO TOMÉ. SANTA FE**

Correo electrónico de contacto: jcgvsf@hotmail.com Teléfono: **342-4679302**

Beneficiario: **Valdez Guillermina** DNI: **53.271.363**

Modalidad prestacional que brindar: **HORA MAESTRO DE APOYO**

Tipo de jornada a realizar: **MAESTRO DE APOYO.**

Período: desde: **marzo 2026** hasta: **diciembre 2026**

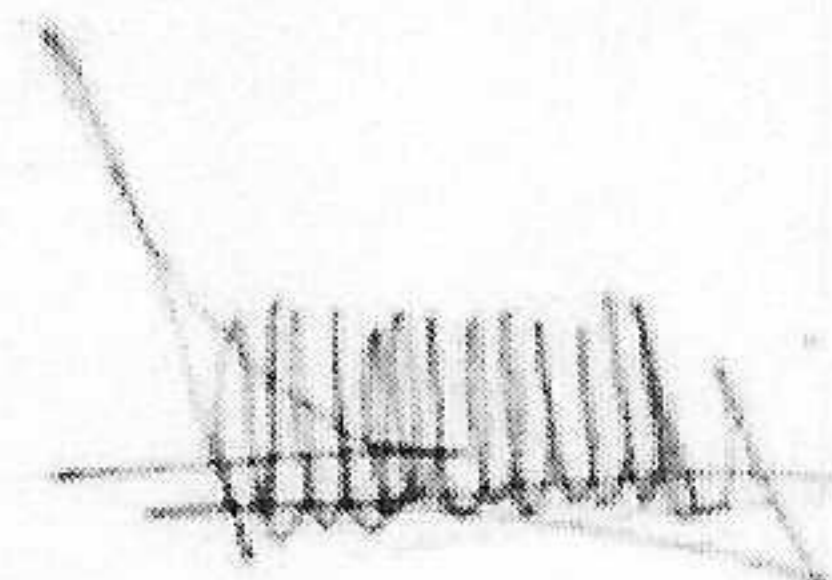
Almuerzo: No.

Monto Mensual: \$ **157195,08**

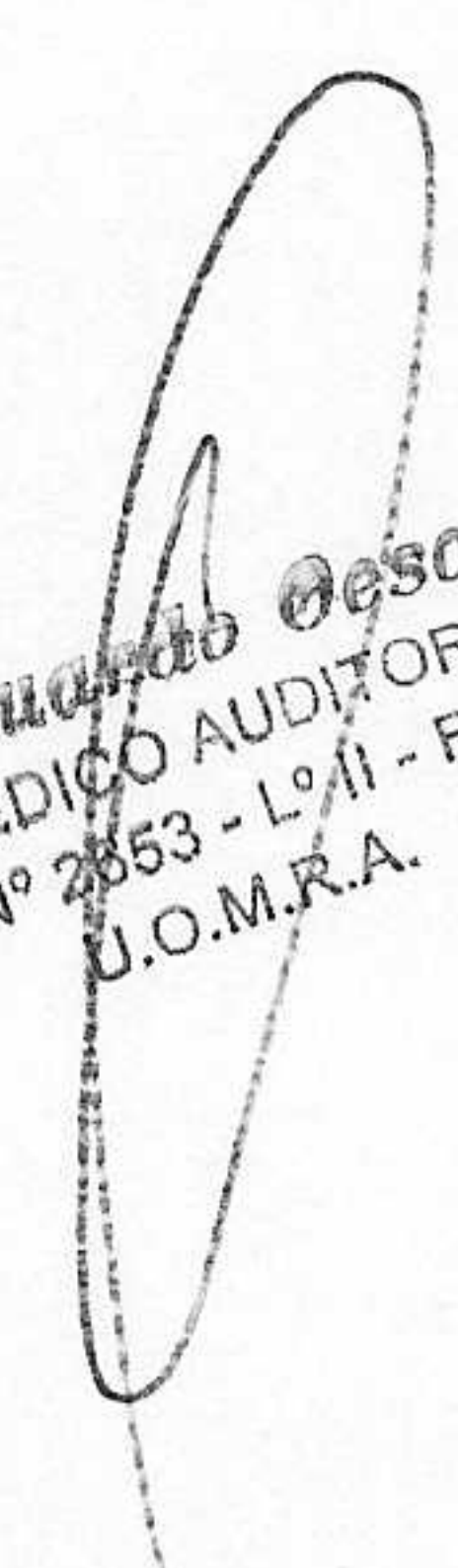
Cantidad de sesiones mensuales: **12** Monto por Sesión: **\$ 13099,59**

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

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS	DE: 18:00	DE: 18:30	DE:	DE:	DE: 18:00	DE:
	A: 19:00	A: 19:30	A:	A:	A: 19:00	A:



LICENCIADO EN EDUCACION ESPECIAL
MANAVELLA VALLE GABRIEL



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

Firma y Aclaración del Prestador.