

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 05/12/25
Razón social del prestador: Agostina Viola
CUIT: 27-39125071-0
Domicilio donde se realiza la prestación: Av. Córdoba 1745
Correo electrónico de contacto: viobagus@gmail.com Teléfono: 3496-15525421
Beneficiario: LAUTARO PÍAZ DNI: _____
Modalidad prestacional a brindar: Módulo Maestra de apoyo - presencial
Tipo de jornada a realizar: módulo Categoría: _____
Período: desde: marzo 2026 hasta: diciembre 2026
Almuerzo: Sí No
Monto Mensual: \$ 399.110,13

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí No
Matrícula anual: _____
Cantidad de sesiones mensuales: 24 hs 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: <u>15:30</u> A: <u>17:30</u>	De: A:	De: <u>15:30</u> A: <u>17:30</u>	De: A:	De: <u>15:30</u> A: <u>17:30</u>	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Atiolo
AGUSTINA
VIOLA

AGUSTINA VIOLA
Lic. en educación especial

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS