

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 25, 11, 25
Razón social del prestador: LUCIA BELEN MENDEZ
CUIT: 24-34821007-2
Domicilio donde se realiza la prestación: Habegger N° 45. Esc. N° 10 Rqta - Santa Fe
Correo electrónico de contacto: mendezluciab@gmail.com Teléfono: 3482-457725
Beneficiario: LUZ ELUNEY MINIO DNI: 57.989.007
Modalidad prestacional a brindar: MODULO MAESTRO DE APOYO
Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
Periodo: desde: MARZO 2026 hasta: DICIEMBRE 2026
Almuerzo: Sí - No.
Monto Mensual: 1399110,13

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: 13:30 A: 15:30	De: A:	De: 13:30 A: 15:30	De: A:	De: 13:30 A: 15:30	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

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

LUCIA B. MENDEZ
Lic. en Psicopedagogía
Mat. 803 - L° 1 - F° 23