

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

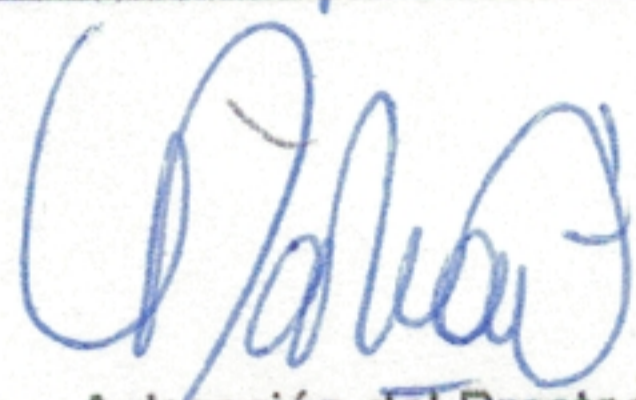
Fecha de Emisión: 27 / 11 / 2025
Razón social del prestador: CUSIT CRISTINA GRACIELA
CUIT: 27-22077271-9
Domicilio donde se realiza la prestación: PASAJE 34/39 y CHACABUCO
Correo electrónico de contacto: Cristina.cusit@hotmail.com Teléfono: 3482-536158
Beneficiario: CARBONEL SILVA AARON DNI: 55.403.542
Modalidad prestacional a brindar: MAESTRA DE APOYO (MÓDULO)
Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
Período: desde: MARZO DE 2026 hasta: DICIEMBRE DE 2026
Almuerzo: Sí - No.
Monto Mensual: \$ 399.110,13,-

En caso de corresponder:

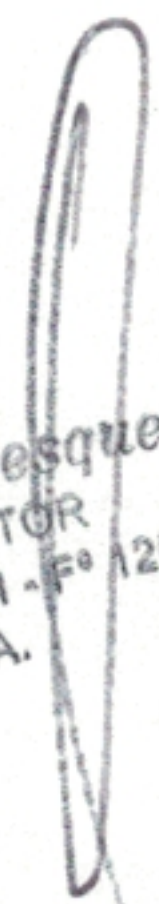
Dependencia: Sí - No.
Matrícula anual: _____
Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión: _____

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: 13,00 A: 15,00	De: 13,00 A: 15,00	De: 13,00 A: 15,00	De: - A: -	De: - A: -	De: - A: -


Firma y Aclaración del Prestador. **CUSIT CRISTINA**

CRISTINA G. CUSIT
Prof. en Educ. Especial
P/Discapacitados Mentales
Reg. N° 9811402
CUIT N° 27-22077271-9


Dr. Eduardo Oesquer
MEDICO AUDITOR
Mat. N° 2653 - L° II - F° 12B
U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS