

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 10 / 02 / 2026

Razón social del prestador: Romina Orduño 35454305

CUIT: 27-35454305-8

Domicilio donde se realiza la prestación: EESO Nº 593

Correo electrónico de contacto: Rominaorduno49@gmail.com Teléfono: (03482) 620532

Beneficiario: Yanir Crocognio DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: Maestría de Apoyo

Tipo de jornada a realizar: Completa Categoría: _____

Período: desde: Marzo hasta: Diciembre

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: \$ 399.110,13

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

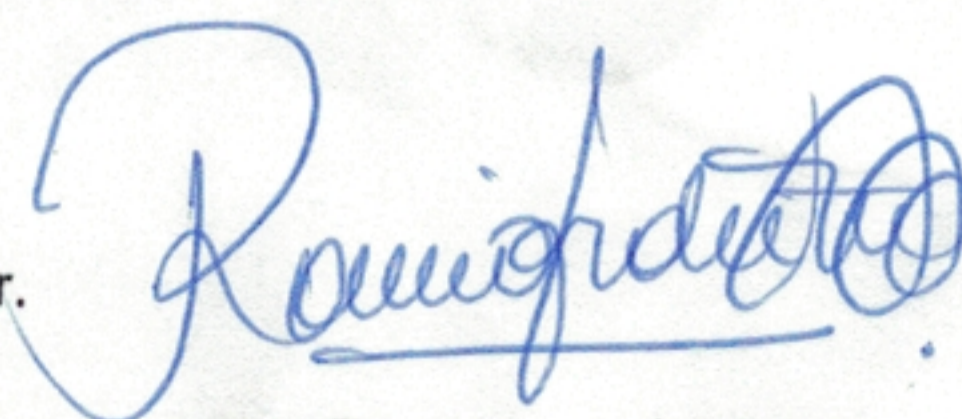
Cantidad de sesiones mensuales: 24 hs Monto por Sesión: _____

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: <u>8</u> A: <u>11.10</u>	De: A:	De: A:	De: <u>8</u> A: <u>11.10</u>	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

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



Romina A. Orduño
Prof. en Educación Especial
Reg. N° 17-51673

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS