

# Presupuesto de Prestaciones Institucionales.

Completar todos los campos del formulario.

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 1 - Datos del Afiliado:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ CUIL \_\_\_\_\_

## 2 - Datos de la Prestación:

Modalidad Prestacional a brindar: \_\_\_\_\_

Tipo de jornada a realizar: Simple \_\_\_\_ Doble \_\_\_\_ Reducida \_\_\_\_ Permanente \_\_\_\_ Categoría A\_\_ B\_\_ C\_\_

Incluye almuerzo: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Incluye dependencia: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Monto mensual \$ \_\_\_\_\_ Período Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

## 3 - Datos del Prestador:

Nombre y Apellido / Razón Social: \_\_\_\_\_

Domicilio donde se brindará la prestación: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

## 4 - Cronograma de Asistencia

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración y sello de la  
Institución/Prestador