

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 30 / 12 / 25
 Razón social del prestador: Amherdt Veronica
 CUIT: 27.24853065
 Domicilio donde se realiza la prestación: Sargento Cabral 2146 (domicilio part. de la paciente)
 Correo electrónico de contacto: amherdtveronica@gmail.com Teléfono: 3496-651354
 Beneficiario: Zubler Alexis Belen DNI: 32.930.362
 Modalidad prestacional a brindar: prestacion de apoyo de terapia ocupacional
 Tipo de jornada a realizar: - Categoría: -
 Período: desde: febrero 2026 hasta: diciembre 2026
 Almuerzo: St - No.
 Monto Mensual: \$ 201.045,36

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: -

Cantidad de sesiones mensuales: 12 Monto por Sesión: \$ 16.753,30

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: <u>10 a</u> A: <u>11 hs</u>	De: A:	De: <u>10 a</u> A: <u>11 hs</u>	De: <u>10 a</u> A: <u>11 hs</u>	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Amherdt
Lic. Verónica Amherdt

Verónica Amherdt
Lic. en Terapia Ocupacional
Mat.: S0856

Verónica Amherdt
Lic. en Terapia Ocupacional
Mat.: S0856

Dr. Eduardo Gesquer
MEDICO AUDITOR
Mat. N° 2653 - 1° II - F° 128
U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS