

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 10 / 12 / 2024
Razón social del prestador: Nagel Rosana Maria
CUIT: 27-32218650-4
Domicilio donde se realiza la prestación: Moreno 3084
Correo electrónico de contacto: nagelrosana@gmail.com Teléfono: 3496-15416830
Beneficiario: Acastello Francisco DNI: 54847988
Modalidad prestacional a brindar: Presencia
Tipo de jornada a realizar: - Categoría: -
Período: desde: Febrero 2025 hasta: Diciembre 2025
Almuerzo: - No.
Monto Mensual: \$98964,88

En caso de corresponder:

Dependencia: - No.
Matrícula anual: 50435 F13 U1
Cantidad de sesiones mensuales: 8 (ocho) Monto por Sesión: \$12370,61

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>16:00</u> A: <u>17:00</u>	De: <u>16:00</u> A: <u>17:00</u>	De: A:	De: A:	De: A:

Rosana Nagel
Lic. en Terapia Ocupacional
Mat. N° 50435 - F° 13 - L° 1
Firma y Aclaración del Prestador.

Dr. Eduardo Oesquer
MEDICO AUDITOR
Mat. N° 2853 - L° II - F° 128
U.O.M.R.A.