

**ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS**

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 27, 11, 25.
 Razón social del prestador: SIRET SAS
 CUIT: 30-71665805-4
 Domicilio donde se realiza la prestación: Olesio 1487.
 Correo electrónico de contacto: siret.reconquista@ohm.com.ar Teléfono: 3482-508552
 Beneficiario: Bressan Salvador. DNI: 70.048.422
 Modalidad prestacional a brindar: Modulo Integral Intensivo
 Tipo de jornada a realizar: L Categoría: _____
 Periodo: desde: ENERO 26 hasta: DICIEMBRE 26
 Almuerzo: Si - No. _____
 Monto Mensual: 589639²⁰ - ✓
 En caso de corresponder:
 Dependencia: Si - No. _____
 Matrícula anual: 7075670⁴⁰ -
 Cantidad de sesiones mensuales: 36 mens. 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: 17:15 A: 18:45.	De: 17:15 A: 18:45.	De: 17:15 A: 18:45	De: 17:15 A: 19:30	De: A:	De: A:

Firma y Adhesión del Prestador.

Olesio1487-Tel 3482-426459
Reconquista - Santa Fe

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS