

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 19 / 12 / 2025

Razón social del prestador: LUCIANA INÉS INGARAMO

CUIT: 24.26004680-8

Domicilio donde se realiza la prestación: Chacabuco 1037 - Esperanza (S.T.A.Fe)

Correo electrónico de contacto: ingaramoluci@gmail.com Teléfono: 3496-335728

Beneficiario: BARRÍEZ BALTAZAR DNI: 70174322

Modalidad prestacional a brindar: Presencial. Individual Consultorio

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: Febrero 2026 hasta: Diciembre 2026

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: \$ 134026⁸⁸-

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.


Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: 8'9 Monto por Sesión: \$ 16.753⁷⁸-

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>18 hs</u> A: <u>19 hs</u>	De: A:	De: <u>18 hs</u> A: <u>19 hs</u>	De: A:	De: A:


LUCIANA INGARAMO
Terapeuta Ocupacional
MP S0245 L1 F6
Firma y Aclaración del Prestador.


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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS