

**ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS**

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 01,03,2026
 Razón social del prestador: Imhoff Cecilia
 CUIT: 27-32327276-5
 Domicilio donde se realiza la prestación: Avelleda 1915
 Correo electrónico de contacto: ceciliaimhoff@hotmail.com Teléfono: 0342-154384298
 Beneficiario: Yaita Norton DNI: 53621740
 Modalidad prestacional a brindar: Terapia Ocupacional
 Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
 Período: desde: Marzo 2026 hasta: Mayo 2026
 Almuerzo: Sí - No.
 Monto Mensual: \$70888,60
 En caso de corresponder:
 Dependencia: Sí - No.
 Matrícula anual: _____
 Cantidad de sesiones mensuales: 4 Monto por Sesión: \$17722,15

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

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: A:	De: 15 A: 16	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Cecilia M. Imhoff
Cecilia M. Imhoff
 Lic. en Terapia Ocupacional
 M. S 0278 L° 1 F° 7

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS

Página 1 de 3