

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 19 / 12 / 2025
Razón social del prestador: Zorza, Marta
CUIT: 23267393664
Domicilio donde se realiza la prestación: Pucyrredon 1564
Correo electrónico de contacto: zorzamarta@gmail.com Teléfono: 03496-15547803
Beneficiario: Francisco Aczstello DNI: 54847988
Modalidad prestacional a brindar: Individual - Presencial
Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
Período: desde: febrero hasta: diciembre 2026
Almuerzo: Sí - No.
Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.
Matrícula anual: _____
Cantidad de sesiones mensuales: 12 Monto por Sesión: \$16753⁷⁸

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: <u>15</u> A: <u>14</u>	De: A:	De: <u>15</u> A: <u>14</u>	De: A:	De: <u>15</u> A: <u>14</u>	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Dr. Eduardo Oesquer
MEDICO AUDITOR
Mat. N° 2659 - L° II - F° 128
U.O.M.R.A.

Zorza
Zorza, Marta

Zorza Marta
Lic. en Psicopedagogía
Mat. 1158 - L° I - Folio 33

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS