

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 02 / 01 / 2026
 Razón social del prestador: Carolina Sarromana
 CUIT: 27425596468
 Domicilio donde se realiza la prestación: 9 de Julio 1873
 Correo electrónico de contacto: carolinasarromana@gmail.com Teléfono: 3491691883
 Beneficiario: Alejandra Britos DNI: 20.822.693
 Modalidad prestacional a brindar: Atención ambulatoria - Terapia Ocupacional
 Tipo de jornada a realizar: - Categoría: -
 Período: desde: Febrero 2026 hasta: diciembre 2026
 Almuerzo: Sí - No.
 Monto Mensual: 67.015,12

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.
 Matrícula anual: 51078
 Cantidad de sesiones mensuales: 4 Monto por Sesión: 16.753,78

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>12.45</u> A: <u>13.30</u>	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Carolina Sarromana
 Carolina Sarromana

Firma y Aclaración del Prestador. **Dr. Eduardo Oesquer**
 MEDICO AUDITOR
 Mat. N° 2653 - L° II - F° 128
 U.O.M.R.A.