

**ANEXO III**

**MODELOS DE PLANILLAS**

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: 02 / 01 / 2026  
Razón social del prestador: GASPARUTTI, GUILLERMINA  
CUIT: 27-34501391-7  
Domicilio donde se realiza la prestación: CALLE 9 Nº 831 - AVELLANEDA  
Correo electrónico de contacto: guillermagasparrutti@gmail.com Teléfono: 3482-318605  
Beneficiario: SANCHEZ, LAUTARO DNI: 58-727.734  
Modalidad prestacional a brindar: PRESENCIAL EN CONSULTORIO  
Tipo de jornada a realizar: / Categoría: /  
Período: desde: FEBRERO 2026 hasta: DICIEMBRE 2026  
Almuerzo: Sí - No.  
Monto Mensual: \$ 134.030,24 (X)

**En caso de corresponder:**

Dependencia: Sí - No. /  
Matrícula anual: /  
Cantidad de sesiones mensuales: 8 (OCHO) 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: 18:00 A: 18:45	De: A:	De: A:	De: 18:00 A: 18:45	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

*Gasparrutti Guillermina*  
Lic. en Terapia Ocupacional  
MPS0873

*Dr. Eduardo Oesquet*  
MÉDICO AUDITOR  
Mat. Nº 2653 - Lº II - Fº 128  
U.O.M.R.A.

(X) Sujeto a actualizaciones de acuerdo a valores establecidos por la SSS.