

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 30 / 12 / 25
 Razón social del prestador: Cheirano Camila Mercedes
 CUIT: 77377745669
 Domicilio donde se realiza la prestación: Sargento Cabral 2146
 Correo electrónico de contacto: camicheirano@hotmail.com Teléfono: 3496526166
 Beneficiario: Fubler Alexis Belen DNI: 32930362
 Modalidad prestacional a brindar: kinesiología
 Tipo de jornada a realizar: - Categoría: -
 Período: desde: Febrero 2026 hasta: Diciembre 2026
 Almuerzo: Sí - No.
 Monto Mensual: \$201.045,36

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.
 Matrícula anual: -
 Cantidad de sesiones mensuales: 12 Monto por Sesión: \$16753,78

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>16h</u> A: <u>17h</u>	De: A:	De: <u>16h</u> A: <u>17h</u>	De: <u>10h</u> A: <u>11h</u>	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Cyee
 Camila Cheirano
 Lic. en Kinesiología
 MP 1396 F 397. LIV.

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