

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 20 / 11 / 25
 Razón social del prestador: Lorenzón María Virginia
 CUIT: 23 30156 861 4
 Domicilio donde se realiza la prestación: WCS Funes 4° 1054
 Correo electrónico de contacto: virlorenzou@hotm.com Teléfono: 3482 511758
 Beneficiario: Corrado José Biaucchi DNI: 55650936
 Modalidad prestacional a brindar: Atención Individual en Consultorio
 Tipo de jornada a realizar: — Categoría: —
 Período: desde: Febrero hasta: Diciembre de 2026
 Almuerzo: Sí - No.
 Monto Mensual: \$134030,24

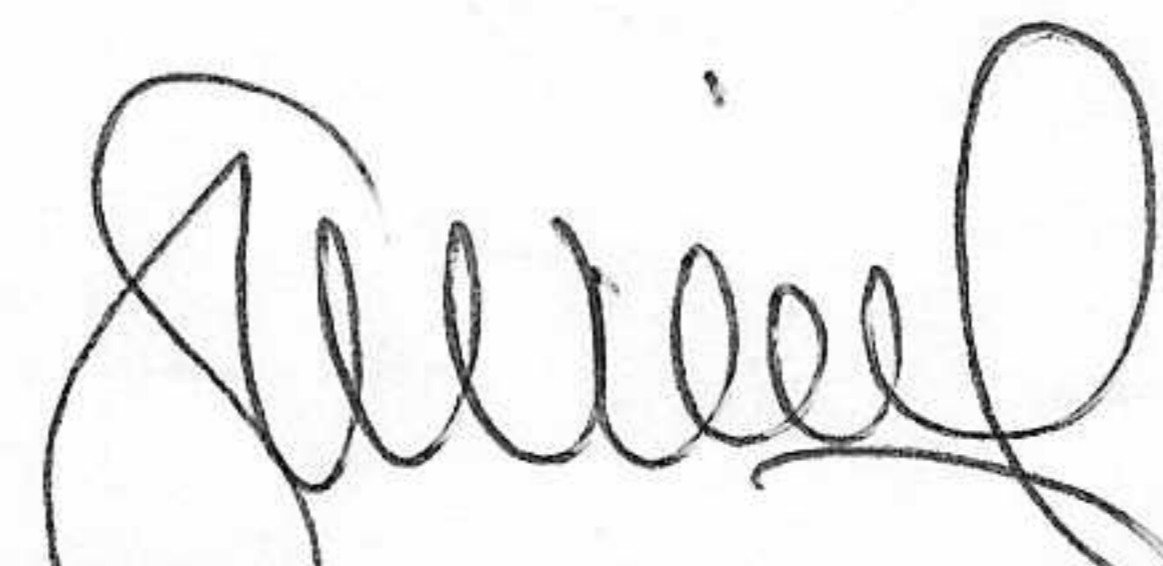
En caso de corresponder:

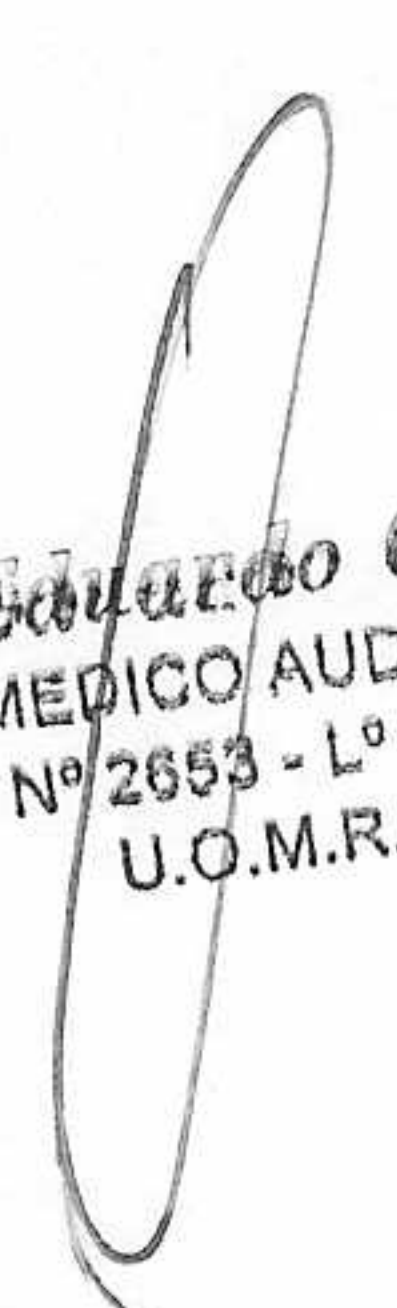
Dependencia: Sí - No.
 Matrícula anual: S0213 FSL1°
 Cantidad de sesiones mensuales: 8 Sesiones Monto por Sesión: \$16753,78

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: 10 hs A: 11 hs	De: A:	De: 10 hs A: 11 hs	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.


 MARIA VIRGINIA LORENZON
 Lic. en Terapia Ocupacional
 Mat. S0213 - L° 1 - F° 5


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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS