

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 23 / 12 / 25
 Razón social del prestador: Yamila Müller
 CUIT: 27-33215972-6
 Domicilio donde se realiza la prestación: H. Frigoyen 2641
 Correo electrónico de contacto: yamimuller235@hotmail.com Teléfono: 3496-802303
 Beneficiario: Julbeta Ojeda DNI: 70126252
 Modalidad prestacional a brindar: prestacion de apoyo Terapia Ocupacional
 Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
 Período: desde: febrero 2026 hasta: diciembre 2026.
 Almuerzo: Sí - No.
 Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.


Matrícula anual: _____


Cantidad de sesiones mensuales: 8 sesio Monto por Sesión: \$16753,78

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles X	Jueves X	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: <u>13</u> A: <u>14</u>	De: <u>13</u> A: <u>14</u>	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.


Yamila Müller
 Lic. en Terapia Ocupacional
 Mat. S0292 - L. 1 - F. 8
 Yamila Müller


Dr. Eduardo Qesquet
 MEDICO AUDITOR
 Mat. N° 2658 - L° II - F° 128
 U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS