

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 20 / 11 / 25
Razón social del prestador: Reina Lucila Tamara
CUIT: 27.37154848.9
Domicilio donde se realiza la prestación: 9 de Julio 1800
Correo electrónico de contacto: lucilacwata@gmail.com Teléfono: 342-15479378
Beneficiario: Rios, Ruth Pilar DNI: _____
Modalidad prestacional a brindar: terapia ocupacional
Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
Período: desde: Febrero 2026 hasta: Diciembre 2026
Almuerzo: Sí - No.
Monto Mensual: \$ 134.030.24

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: 50786 (1 F28)

Cantidad de sesiones mensuales: 8 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>10:30</u> A: <u>11:15</u>	De: <u>10:30</u> A: <u>11:15</u>	De: A:	De: A:	De: A:

REINA LUCILA
Lic. En Terapia Ocupacional
M.P. 50786-L1-F28

Firma y Aclaración del Prestador.

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS