

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 20/11/2025
Razón social del prestador: YOSSEN LILIAN EDITH ESTEFANÍA
CUIT: 27407805637
Domicilio donde se realiza la prestación: GENERAL LÓPEZ 2447 SAUCE VIEJO
Correo electrónico de contacto: lilian.yossen.to@gmail.com Teléfono: 3424628341
Beneficiario: ALMARA MALENAS DNI: 57.783.628
Modalidad prestacional a brindar: TERAPIA OCUPACIONAL
Tipo de jornada a realizar: INDIVIDUAL CONSULTIVO Categoría: REHABILITACIÓN
Período: desde: FEBRERO 2026 hasta: DICIEMBRE 2026
Almuerzo: Sí No
Monto Mensual: \$ 134.030,24

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No. -

Matrícula anual: \$ 1.474.332,64

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>14</u> A: <u>15</u>	De: A:	De: A:	De: <u>14</u> A: <u>15</u>	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Lilian E. E. Yossen
Lic. en Terapia Ocupacional
Mat.: 50879 L° 1 F° 31

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

YOSSEN LILIAN EDITH ESTEFANÍA