

**ANEXO III**  
**MODELOS DE PLANILLAS**

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

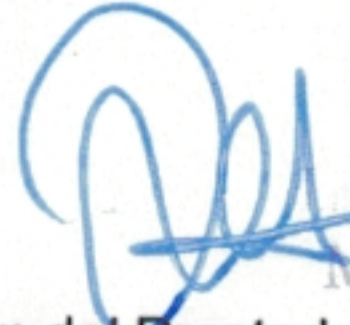
Fecha de Emisión: 01 / 12 / 25  
 Razón social del prestador: Melisa Funes  
 CUIT: 27-32153064-3  
 Domicilio donde se realiza la prestación: Calle Belgrano 1024  
 Correo electrónico de contacto: melifunes86@hotmail.com Teléfono: 03402-15526351  
 Beneficiario: Luz Euney Mimio DNI: 57989007  
 Modalidad prestacional a brindar: Terapia Ocupacional. Presencial  
 Tipo de jornada a realizar: - Categoría: -  
 Período: desde: Febrero 2026 hasta: Diciembre 2026  
 Almuerzo: Sí - No.  
 Monto Mensual: \$134030,24.-

**En caso de corresponder:**

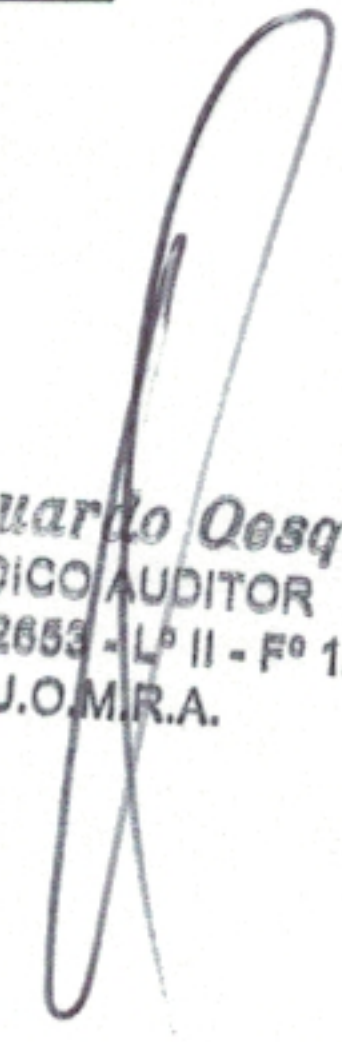
Dependencia: Sí - No.  
 Matrícula anual: -  
 Cantidad de sesiones mensuales: 8 (ocho) Monto por Sesión: \$16753,78.-

**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: A:	De: <u>18:00</u> A: <u>19:00</u>	De: A:	De: <u>18:00</u> A: <u>19:00</u>	De: A:

  
**MELISA C. FUNES**  
 en Terapia Ocupacional  
 Mat. N° S0360 - L° 1 F° 10  
 Firma y Aclaración del Prestador.

Melisa Funes

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS