

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 3 / 12 / 2025
Razón social del prestador: Vacou Paula
CUIT: 27-3654565-7
Domicilio donde se realiza la prestación: Freyre 738
Correo electrónico de contacto: paula-vacou@hotmail.com Teléfono: (3483) 523009
Beneficiario: Karon Carbonel Silva DNI: 55.403.572
Modalidad prestacional a brindar: Presencial/ 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 sesiones 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: A:	De: <u>19</u> A: <u>20hs</u>	De: A:	De: <u>19</u> A: <u>20hs</u>	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

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

Vacou Paula
Lic. en Terapia Ocupacional
M.P. 50698

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS