

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 01 / 12 / 2025
 Razón social del prestador: Psicopedagoga Merlini, Alejandra
 CUIT: 27-16326892-8
 Domicilio donde se realiza la prestación: Ar. Galicia 2176 (Sto Fe)
 Correo electrónico de contacto: alejandramerlini@gmail.com Teléfono: 0342-154864856
 Beneficiario: Galicia, Ciro DNI: 54770813
 Modalidad prestacional a brindar: Ambulatoria-presencial
 Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
 Período: desde: Marzo 2026 hasta: Diciembre 2026
 Almuerzo: Sí - No.
 Monto Mensual: \$ 201045,36

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.
 Matrícula anual: _____
 Cantidad de sesiones mensuales: 12 Monto por Sesión: \$ 16753,78

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

Días	Lunes <u>x</u>	Martes <u>x</u>	Miércoles <u>x</u>	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: <u>15h</u> A: <u>16h</u>	De: <u>15h</u> A: <u>16h</u>	De: <u>15h</u> A: <u>16h</u>	De: A:	De: A:	De: A:


ALEJANDRA MERLINI
 PSICOPEDAGOGA
 Mat. 124 - L. 1 - F° 4
 Firma y Aclaración del Prestador.


Dr. Eduardo Oesquer
 MEDICO AUDITOR
 Mat. N° 2853 - L° II - F° 128
 U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS