

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

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: 06 / 12 / 2024  
Razón social del prestador: ULLA FLORENCIA  
CUIT: 27395702288  
Domicilio donde se realiza la prestación: Castelli 1539  
Correo electrónico de contacto: florencia\_ulla@hotmail.com Teléfono: 3426302612  
Beneficiario: YOLIA MARZON DNI: 53621740  
Modalidad prestacional a brindar: Psicoterapia de apoyo  
Tipo de jornada a realizar: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_  
Período: desde: febrero hasta: noviembre 2025  
Almuerzo: Sí - No.  
Monto Mensual: 96723,76


**En caso de corresponder:**


Dependencia: Sí - No.  
Matrícula anual: \_\_\_\_\_  
Cantidad de sesiones mensuales: 8 Monto por Sesión: 12090,43

**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>15:45</u> A: <u>16:30</u>	De: A:	De: <u>15:45</u> A: <u>16:30</u>	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

  
**FLORENCIA ULLA**  
**LIC. EN PSICOLOGÍA**  
**MAT. 2382**

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS