

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: ____/____/____
 Razón social del prestador: Lucila Fipoli
 CUIT: 23-29500918-4
 Domicilio donde se realiza la prestación: 9 de Julio 1008 - Esperanza 2
 Correo electrónico de contacto: lucilafipoli@gmail.com Teléfono: 342 4789299
 Beneficiario: sd 621002 DNI: 54846540
 Modalidad prestacional a brindar: Presencial
 Tipo de jornada a realizar: ____ Categoría: ____
 Período: desde: Febrero hasta: Diciembre
 Almuerzo: Sí No
 Monto Mensual: \$67015,12.-

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí No
 Matrícula anual: ____
 Cantidad de sesiones mensuales: 4 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: A:	De: <u>11hs</u> A: <u>12hs</u>	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador:

LUCILA INESTIGOLI
 Lic. en Psicología
 Mat. N° 1462 - F° 62 - L° 9

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS