

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 1 / 12 / 2025
Razón social del prestador: Maria del Rosario Romano
CUIT: 27.32376231-2
Domicilio donde se realiza la prestación: Urquiza 3338.
Correo electrónico de contacto: maria.dr.romano@gmail.com Teléfono: 3425110332
Beneficiario: Matheo Lozano DNI: 56526422
Modalidad prestacional a brindar: Prestación de apoyo - Terapia Ocupacional
Tipo de jornada a realizar: Presencial Categoría: -
Período: desde: Febrero hasta: Diciembre 2026
Almuerzo: SI - No.
Monto Mensual: 134.030,24

En caso de corresponder:


Dependencia: SI - No.
Matrícula anual: -
Cantidad de sesiones mensuales: 8 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: <u>18</u> A: <u>18:45</u>	De: A:	De: <u>18</u> A: <u>18:45</u>	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.


Maria del Rosario Romano
Lic. en Terapia Ocupacional
Mat. N° S0580 - L. I. - F° 19


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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS