

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 01 / 12 / 2015
Razón social del prestador: SOSA, NAYLA BELEN.
CUIT: 27-38086378-8
Domicilio donde se realiza la prestación: COULIN 662 - GÁLVEZ -
Correo electrónico de contacto: Nayla.Sosa@gmail.com Teléfono: 3476-581159
Beneficiario: AQUILES A. LANZO DNI: 56.965.191
Modalidad prestacional a brindar: TERAPIA OCUPACIONAL
Tipo de jornada a realizar: - Categoría: -
Período: desde: FEBRERO 2016 hasta: DICIEMBRE 2016
Almuerzo: Sí - No.
Monto Mensual: \$ 134030,²⁴

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - ~~No~~.
Matrícula anual: R0333
Cantidad de sesiones mensuales: 8 Monto por Sesión: \$ 16753⁷⁸

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>16</u> A: <u>17 HS</u>	De: A:	De: <u>16</u> A: <u>17 HS.</u>	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Dr. Eduardo Oesquer
MEDICO AUDITOR
Mat. Nº 2653 - L. II - Fº 128
U.O.M.R.A.

Nayla Sosa
Lic. en Terapia Ocupacional
Mat. R0333

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS