

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

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: 28 / 11 2025  
Razón social del prestador: HUMANITAS SRL  
CUIT: 30-70727871-0  
Domicilio donde se realiza la prestación: Av. Freyre 2954  
Correo electrónico de contacto: david.diaz@centrofreyre.com.ar Teléfono: 0342-4564715  
Beneficiario: ULRICH AVALOS Macarena DNI: 42.766.217  
Modalidad prestacional a brindar: Centro de Día  
Tipo de jornada a realizar: Doble Categoría: A  
Periodo: desde: ENERO hasta: DICIEMBRE 2026  
Almuerzo:  Sí  No.  
Monto Mensual: \$898.044,88

**En caso de corresponder:**

Dependencia: Sí  No   
Matrícula anual: -  
Cantidad de sesiones mensuales: Lun. a Vier Monto por Sesión: -

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: 07:00 A: 14:00	De: 07:00 A: 14:00	De: 07:00 A: 14:00	De: 07:00 A: 14:00	De: 07:00 A: 14:00	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

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

*[Firma]*  
Lic. en T.O. MA. ALEJANDRA LONJO  
DIRECTORA TÉCNICA  
"FREYRE" Centro de Día

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS