

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 03 / 12 / 25

Razón social del prestador: YANINA VERONICA TOFFUL

CUIT: 27-29853831-3

Domicilio donde se realiza la prestación: BROWN 1059 - Rpte - Sta Fe

Correo electrónico de contacto: yanitofful@gmail.com Teléfono: 3482-565959

Beneficiario: ADRIANA ROMERO DNI: 17.473.035

Modalidad prestacional a brindar: Prestación de Apoyo - Terapia Ocupacional

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: Febrero 2026 hasta: Diciembre 2026

Almuerzo: Sí No

Monto Mensual: \$ 134030,24

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: 8 (ocho) 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: 16:00 A: 17:00	De: A:	De: A:	De: 17:00 A: 18:00	De: A:

Yanina Tofful
Lic. en Terapia Ocupacional
Matrícula N° 50197

Firma y Aclaración del Prestador.

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS