

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: / /
 Razón social del prestador: Juliana Malizia
 CUIT: 27-3812542-9
 Domicilio donde se realiza la prestación: Santo fe 330 - Oliveros (Santo fe)
 Correo electrónico de contacto: malizajuliana@hotmail.com Teléfono: 3466-632073
 Beneficiario: Zoe Rivero DNI: 45.508.971
 Modalidad prestacional a brindar: Presencial
 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: 2027
 Cantidad de sesiones mensuales: 8 (ocho) Monto por Sesión: \$16753,78 según resol. cony 2/2025

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: 18 hs A: 19 hs	De: A:	De: A:	De: 18 hs A: 19 hs	De: A:

JULIANA MALIZIA
 LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL
 Firma y Aclaración del Prestador.

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