

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 15 / 11 / 2016

Razón social del prestador: STECHINA FLORENCIA

CUIT: 27-34654100-3

Domicilio donde se realiza la prestación: P DE JUNIO 647

Correo electrónico de contacto: FLORENCIA STECHINA Teléfono: 03422-6562103

Beneficiario: ANABELA NICOLA ACTUAL DNI 49.268.596

Modalidad prestacional a brindar: PSICOLOGIA - PRESTACION DE APOYO

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: FEBRERO 2016 hasta: DICIEMBRE 2016

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: \$ 67015,12

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: 4 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: A:	De: 8.00 A: 9.00	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

[Firma]
STECHINA FLORENCIA
Lic. en psicología
M.P. N° 1547

[Firma]
Dr. Eduardo Oesquer
MEDICO AUDITOR
Mat. N° 2653 - L° II - F° 128
U.D.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS