

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

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: 3 / 3 / 2020  
 Razón social del prestador: Estelania Fabiana  
 CUIT: 27-36774504-0  
 Domicilio donde se realiza la prestación: Castelli 1539  
 Correo electrónico de contacto: Fabiana@estelaniafabiana.com.ar, Teléfono: 3425276854  
 Beneficiario: Alejandro Dalila DNI: 48.868.523  
 Modalidad prestacional a brindar: Presencial  
 Tipo de jornada a realizar: - Categoría: -  
 Período: desde: Marzo 2020 hasta: Diciembre 2020  
 Almuerzo: Sí - No.  
 Monto Mensual: \$ 142.777.2  
**En caso de corresponder:**  
 Dependencia: Sí - No.  
 Matrícula anual: \_\_\_\_\_  
 Cantidad de sesiones mensuales: 8 Monto por Sesión: \$ 17.722.15

**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: <u>18</u> A: <u>19</u>	De: A:	De: <u>18</u> A: <u>19</u>	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

*[Firma]*  
 PALACIO M. DEL ROSARIO  
 LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL  
 MAT. Nº 60912 P 2-L2

*[Firma]*  
 ECHEVARRIA FABIANA  
 LIC. EN PSICOLOGIA  
 Nº 2207

*[Firma]*  
 Dr. Eduardo Desquer  
 MEDICO AUDITOR  
 Mat. Nº 2853 - Lº II - Fº 123  
 U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS