

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 27 / 11 / 2025

Razón social del prestador: SALA, MA. ADRIANA

CUIT: 27241948957

Domicilio donde se realiza la prestación: FREYLE 758 - NECOQUISTA (S127)

Correo electrónico de contacto: maadrianasala@hotmail.com Teléfono: 3482-312653

Beneficiario: PEREYRA, VICTORIA DNI: 49488512

Modalidad prestacional a brindar: 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 X	Jueves	Viernes X	Sábado
Horario	De:	De:	De: 09:00	De:	De: 09:00	De:
T.O.	A:	A:	A: 10:00	A:	A: 10:00	A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Ma. ADRIANA SALA
Terapista Ocupacional
M.P. S 0133

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS