

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 5 / 12 / 25

Razón social del prestador: CAMILA SARMIENTO

CUIT: 27-31797411-1

Domicilio donde se realiza la prestación: MORENO 3159

Correo electrónico de contacto: camisarmiento18@hotmail.com Teléfono: 03404-15436360

Beneficiario: CHAVEZ GUILLERMO DNI: 56965971

Modalidad prestacional a brindar: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: ENERO 2026 hasta: DIEMBRE 2026

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: \$201045,36

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: SO158 L° 193

Cantidad de sesiones mensuales: 12 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: <u>15</u> A: <u>16</u>	De: <u>15</u> A: <u>16</u>	De: <u>15</u> A: <u>16</u>	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____

Firma y Aclaración del Prestador.

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

Camila Sarmient.
LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL
MAT. N° 50158 L° 193