

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: ____/____/____
Razón social del prestador: Yamila Muller.
CUIT: 27-32215972-6.
Domicilio donde se realiza la prestación: Mipolito Yrigoyen 264A
Correo electrónico de contacto: yamimuller235@hotmail.com Teléfono: 3496 - 502303
Beneficiario: Francisco Acostello DNI: 54 847 988
Modalidad prestacional a brindar: Terapia Ocupacional
Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
Período: desde: febrero hasta: Diciembre
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	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: 13h A: 14h	De: A:	De: 14h A: 15h.	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.

Yamila Muller
Lic. en TERAPIA OCUPACIONAL
Mat. N° 0292 - L. 1 - F° 0

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS

