

**CONFORMIDAD PRESTACIONAL**

Fecha: 26/11/25

Apellido y nombre del beneficiario: Wendolo Efraim

Número de Afiliado: 58.173.448

Yo: Wendolo Eduardo con

Documento Tipo (DNI) N° 38.723.051 doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y de constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: Psicología

Prestador: Cuatrin Ruth Anabela

Período de la prestación: desde Febrero hasta Diciembre 2026

2. Prestación: Psicopedagogía

Prestador: Catalina Ceballos

Período de la prestación: desde Febrero hasta Diciembre 2026

3. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

4. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firma: .....

Aclaración: .....

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de Efraim Wendolo

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: [Firma]

Aclaración: Wendolo Eduardo

Documento: 38723051

[Firma]  
**Lic. Catalina Ceballos**  
**Psicopedagoga**  
**MP. 1215**

[Firma]  
**Cuatrin Ruth Anabela**  
**Lic. en Psicología**  
**Mat. 2483**

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS