

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

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: 27 / 11 / 25  
 Razón social del prestador: Silvestri, Carla Oriana  
 CUIT: 27352951RS  
 Domicilio donde se realiza la prestación: EE50 n° 592 - Avellaneda  
 Correo electrónico de contacto: Carlasilvestri20@outlook.com Teléfono: (3472) 669371  
 Beneficiario: Pereyra, Victoria DNI: 49.448.512  
 Modalidad prestacional a brindar: Módulo Maestro de Apoyo  
 Tipo de jornada a realizar: Simple Categoría: -  
 Período: desde: Marzo 2026 hasta: Diciembre 2026  
 Almuerzo: Sí - No.  
 Monto Mensual: \$399.110,13.-

**En caso de corresponder:**

Dependencia: Sí - No.  
 Matrícula anual: -  
 Cantidad de sesiones mensuales: \_\_\_\_\_ Monto por Sesión: \$399.110,13.-

**CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:** indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: <u>/</u> A: <u>/</u>	De: <u>13h</u> A: <u>15h</u>	De: <u>13h</u> A: <u>15h</u>	De: <u>13h</u> A: <u>15h</u>	De: <u>/</u> A: <u>/</u>	De: <u>/</u> A: <u>/</u>

Firma y Aclaración del prestador.  
**CARLA SILVESTRI**  
 Lic. en Psicopedagogía  
 Mat. N° 809 - L. 23

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS