

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 23 / 12 / 25
 Razón social del prestador: Rey, Valentina Lis
 CUIT: 27-31851166-2
 Domicilio donde se realiza la prestación: Hipólito Yrigoyen 7641.
 Correo electrónico de contacto: valentisrey@gmail.com Teléfono: 03496-15546905
 Beneficiario: Ojeda Julieta DNI: 70176257
 Modalidad prestacional a brindar: Prestación de apoyo - Neurokinesidología.
 Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
 Período: desde: Febrero 2026 hasta: Diciembre 2026
 Almuerzo: Sí - No.
 Monto Mensual: \$ 201045,36

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.
 Matrícula anual: _____
 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: A:	De: 9 hs A: 10hs	De: A:	De: 14 hs A: 15 hs	De: 9 hs. A: 10 hs	De: A:

VALENTINA LIS REY
 Lic. Kinesiología y Fisioterapia
 Matrícula N°769

Rey, Valentina Lis.
 Firma y Aclaración del Prestador.

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