

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 31 / 12 / 25

Razón social del prestador: BELTRAMO GABRIELA ALEJANDRA

CUIT: 27235870598

Domicilio donde se realiza la prestación: Francisco Angeloni 2319

Correo electrónico de contacto: gabrielaseq@yahoo.com.ar Teléfono: 3498-417301

Beneficiario: Díaz Anriquez Bianca Denisse DNI: 57.574.200

Modalidad prestacional a brindar: TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de jornada a realizar: - - - - - Categoría: - - - - -

Período: desde: FEBRERO 2026 hasta: DICIEMBRE 2026

Almuerzo: Si - No.

Monto Mensual: - - - - -

En caso de corresponder:

Dependencia: Si - No.

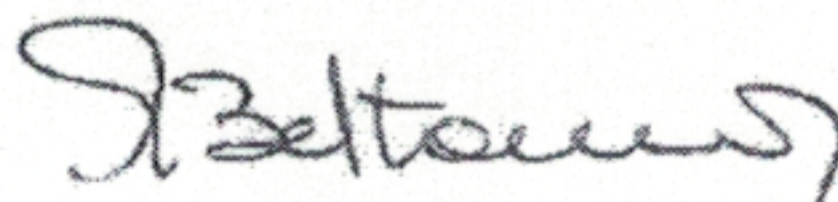
Matrícula anual: - - - - -

Cantidad de sesiones mensuales: 8 Monto por Sesión: \$ 16753.78

Total Mensual \$ 134030,24

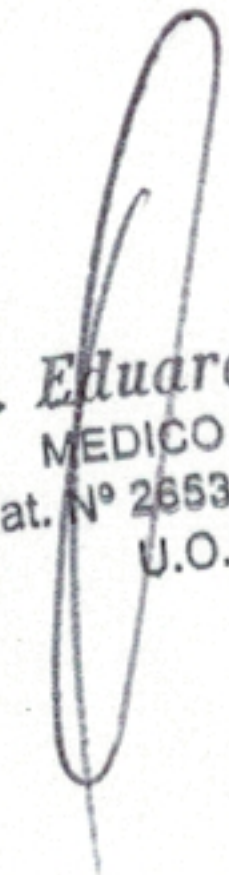
CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: 17:00 A: 18:00	De: A:	De: 17:00 A: 18:00	De: A:



Firma y Aclaración del Prestador.

GABRIELA A. BELTRAMO
TERAPISTA OCUPACIONAL
Mat. Prof. 80306 - L. 1 - F. 8


Dr. Eduardo Oesquer
MEDICO AUDITOR
Mat. N° 2653 - L.º II - F.º 129
U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS