

ANEXO III MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 29 / 12 / 2026
 Razón social del prestador: Stivanello Valentina
 CUIT: 27401615674
 Domicilio donde se realiza la prestación: Domingo Silva 1875
 Correo electrónico de contacto: valentina.stivanello@hotmail.com Teléfono: 3456466953
 Beneficiario: Emily Ojaquibe DNI: 70.003.817
 Modalidad prestacional a brindar: presencial
 Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
 Período: desde: 02/02/2026 hasta: 31/12/2026
 Almuerzo: Sí - No.
 Monto Mensual: _____


En caso de corresponder:


Dependencia: Sí - No.
 Matrícula anual: _____
 Cantidad de sesiones mensuales: 12 Monto por Sesión: \$ 16.753,78

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: <u>18:00</u> A: <u>19:20</u>	De: A:	De: <u>18:00</u> A: <u>19:20</u>	De: A:	De: <u>18:00</u> A: <u>19:20</u>	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.


VALENTINA STIVANELLO
 Lic. en Terapia Ocupacional
 Mat. Prov. N° 50915 - L. 2 - F° 2
 Stivanello Valentina


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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS