

**ANEXO III  
MODELOS DE PLANILLAS**

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: 11 / 11 / 2025  
 Razón social del prestador: CHAMORRO Monica Isabel  
 CUIT: 2729164396  
 Domicilio donde se realiza la prestación: D. Silva 1825  
 Correo electrónico de contacto: barbara.chamorro@hotmail.com Teléfono: 3764251730  
 Beneficiario: Emily Olaquibe DNI: 70003817  
 Modalidad prestacional a brindar: Presencial  
 Tipo de jornada a realizar: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_  
 Período: desde: 01/02/2026 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: \$16753,78  
 (Doce)

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

Kinesiología Neurológica

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

Firma y Aclaración del Prestador.

[Firma]  
 Lic. María Isabel Chamorro  
 Kinesióloga  
 Neurodesarrollo Babath / Estimulación Temprana  
 M.P. N° 1313

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS