

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 04, 12, 25
Razón social del prestador: Gallard, Ivana Jesica
CUIT: 27-32430568-3
Domicilio donde se realiza la prestación: Brown 1099, Reconquista, Santa Fe
Correo electrónico de contacto: jesica.gallard@hpt Teléfono: 3482-583404
Beneficiario: Adriana Romero DNI: 17.473.035
Modalidad prestacional a brindar: Prestación de apoyo, Kinesiología
Tipo de jornada a realizar: - Categoría: -
Período: desde: Febrero 2026 hasta: Diciembre 2026
Almuerzo: Sí - No
Monto Mensual: \$ 201.045,36

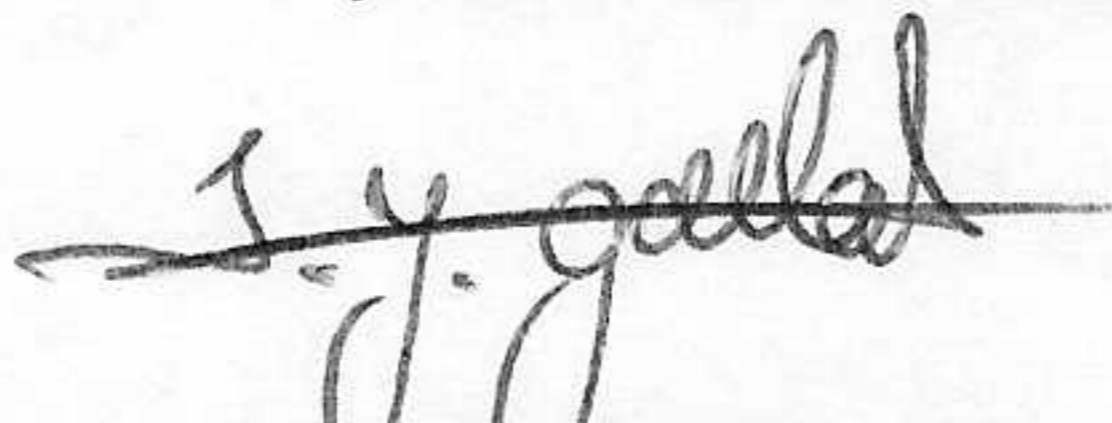
En caso de corresponder:

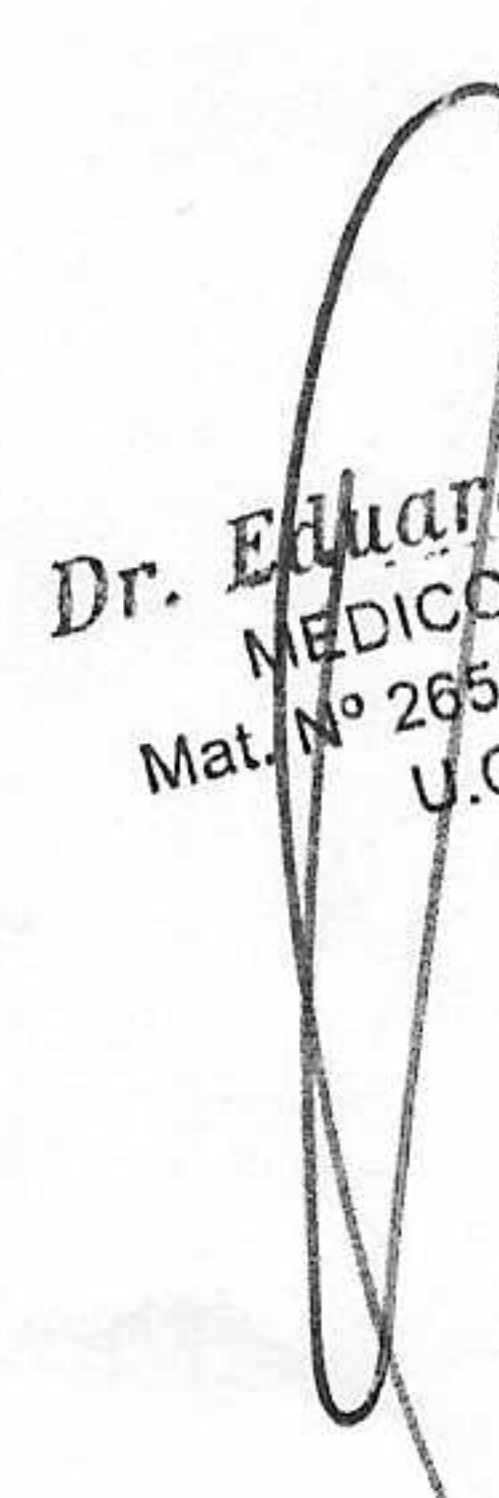
Dependencia: Sí - No
Matrícula anual: 817
Cantidad de sesiones mensuales: 12 (doce) Monto por Sesión: \$ 16.753,78

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

Días	Lunes <input checked="" type="checkbox"/>	Martes	Miércoles	Jueves <input checked="" type="checkbox"/>	Viernes <input checked="" type="checkbox"/>	Sábado
Horario	De: <u>16:00</u> A: <u>17:00</u>	De: A:	De: A:	De: <u>16:00</u> A: <u>17:00</u>	De: <u>16:00</u> A: <u>17:00</u>	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.


IVANA JESICA GALLARD
Lic. en Kinesiología
y Fisiatría
M.P. N° 817


Dr. Eduardo Qesquer
MEDICO AUDITOR
Mat. N° 2653 - L° II - F° 123
U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS