

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 27, 11, 2025
 Razón social del prestador: BASABILBASO NATALIA.
 CUIT: 27360555041
 Domicilio donde se realiza la prestación: ALVEAR 211
 Correo electrónico de contacto: natalia.basabilbaso@hotmail.com Teléfono: (3482) 582673
 Beneficiario: CARBOVEL SILVA AARON DNI: 55.403.572
 Modalidad prestacional a brindar: PRESENCIAL - INDIVIDUAL.
 Tipo de jornada a realizar: - Categoría: -
 Período: desde: FEBRERO 2026 hasta: NOVIEMBRE 2026.
 Almuerzo: Sí - No.
 Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: 8 (ocho) 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: / A: /	De: 19 hs A: 20 hs	De: / A: /	De: 19 hs A: 20 hs	De: / A: /	De: / A: /

Firma y Aclaración del Prestador.

Dr. Eduardo Qesquer
 MEDICO AUDITOR
 Mat. N° 2653 - U II - F° 120
 U.O.M.R.A.



BASABILBASO NATALIA
 Lic. en Psicopedagogía
 Mat. N° 804 - L° I - F° 23

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS