

**ANEXO III**

**MODELOS DE PLANILLAS**

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Razón social del prestador: Walz Fipoh  
CUIT: 23-29500918-4  
Domicilio donde se realiza la prestación: 9 de Julio 1837  
Correo electrónico de contacto: lucianaesicoli@pmel Teléfono: 3924789299  
Beneficiario: Valentin Perez DNI: 53914993  
Modalidad prestacional a brindar: Presencial  
Tipo de jornada a realizar: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_  
Período: desde: Febrero hasta: Diciembre  
Almuerzo: Sí  No   
Monto Mensual: \$67015,12.-

**En caso de corresponder:**

Dependencia: Sí  No   
Matrícula anual: \_\_\_\_\_  
Cantidad de sesiones mensuales: 4 Monto por Sesión: \$16753,78.-

**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: A:	De: A:	De: A:	De: <u>10hs</u> A: <u>11hs</u>	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

**LUCIANA INES EICOLI**  
Lit. en Psicología  
Mat. N° 1462 - F° 62 - L° 9

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS