

**ANEXO III**

**MODELOS DE PLANILLAS**

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: 15 / 12 / 2025  
Razón social del prestador: Lic. Venica Valeria.  
CUIT: 23-27336115/4  
Domicilio donde se realiza la prestación: Las Heras 6299  
Correo electrónico de contacto: valevenica@hotmail.com Teléfono: 154305748 (342)  
Beneficiario: Antonello Solis DNI: 44.917.311  
Modalidad prestacional a brindar: Terapia Ocupacional.  
Tipo de jornada a realizar: - Categoría: -  
Período desde 1. / 02 / 2026 hasta 30 / 12 / 2026.  
Almuerzo: Sí - No.  
Monto Mensual: \$ 201.045<sup>36</sup> -

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: \_\_\_\_\_

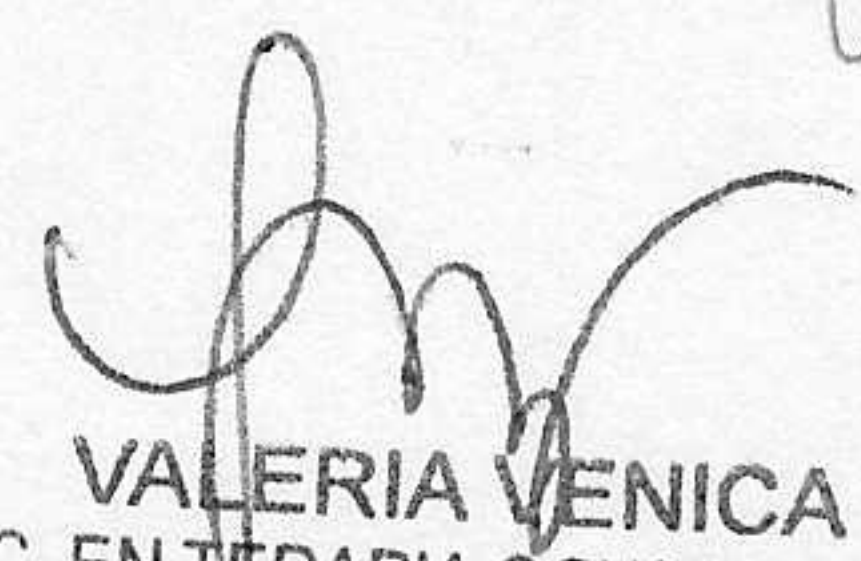
Cantidad de sesiones mensuales: 8 (ocho) Monto por Sesión: \$ 16.753<sup>78</sup> -

**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: <u>9 m</u> A: <u>11 m.</u>	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

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

  
**VALERIA VENICA**  
LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL  
Mat. N° S0243 - F° 6 - L. 1

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS