

### ANEXO III

### MODELOS DE PLANILLAS

#### PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 05/01/2026

Razón social del prestador: Lic. en TO Cecilia Maletti

CUIT: 2727862162-1

Domicilio donde se realiza la prestación: Lorenzo Novero N°663 - San Carlos Centro - Sta Fe

Correo electrónico de contacto: ceciliamaletti@hotmail.com, Teléfono: (0342) 155144491

Beneficiario: Ian Sanchez DNI: 52.369.385

Modalidad prestacional a brindar: Terapia Ocupacional

Tipo de jornada a realizar: — Categoría: —

Período: desde: FEBRERO DE 2026 hasta: DICIEMBRE DE 2026

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: \$ 134.030<sup>24</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: 19 hs. A: 20 hs.	De: A:	De: 19 hs. A: 20 hs.	De: A:	De: A:	De: A:

  
**Cecilia Maletti**  
LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL  
Mat. N° S0120 L° 1 F° 1  
Firma y Aclaración del Prestador.

  
**Dr. Eduardo Gocher**  
MEDICO AUDITOR  
Mat. N° 2653 - L° 11 - F° 128  
U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS