

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 3 / 12 / 2024
 Razón social del prestador: Zarza, Marta
 CUIT: 23267383664
 Domicilio donde se realiza la prestación: Pueyrredon 1564
 Correo electrónico de contacto: zarzamarta@gmail.com Teléfono: 3496/15547803
 Beneficiario: Aczstello Francisco DNI: 54877988
 Modalidad prestacional a brindar: Psicopedagogía - Individual
 Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
 Periodo: desde: Febrero hasta: Diciembre 2025
 Almuerzo: Sí - No. _____
 Monto Mensual: \$148447,32

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No. _____

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: 12 Monto por Sesión: \$12370,61

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: 15hs A: 16hs	De: A:	De: 15hs A: 16hs	De: A:	De: 15hs A: 16hs	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.



Zarza, Marta

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

Zarza Marta
 Lic. en Psicopedagogía
 Mat. 1158 - L° I - Folio 33

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS