

**ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS**

PRESUPUESTO PRESTACIONAL


Fecha de Emisión: 28 / 11 / 25
 Razón social del prestador: CRUDELI ANTONELA
 CUIT: 27-32908757-9
 Domicilio donde se realiza la prestación: ALVEAR 211
 Correo electrónico de contacto: lc.antonela@comail.com Teléfono: 3482-531661
 Beneficiario: CARBONEL SILVA ARRON DNI: 55-403.572
 Modalidad prestacional a brindar: PRESENCIAL
 Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
 Período: desde: FEBRERO 2026 hasta: DICIEMBRE 2026
 Almuerzo: Sí - No.
 Monto Mensual: _____

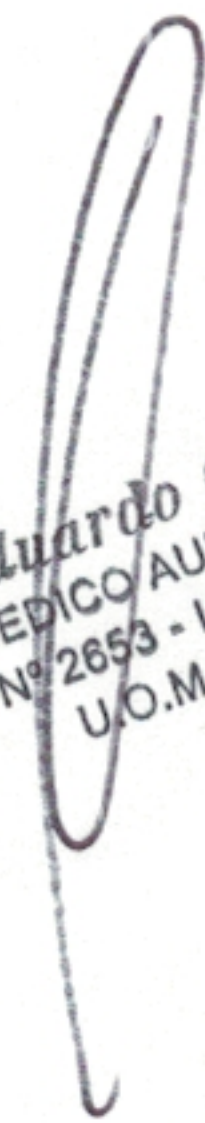
En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.
 Matrícula anual: 2917
 Cantidad de sesiones mensuales: 8 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: <u>18:15HS</u> A: <u>19:15HS</u>	De: A:	De: <u>18:15HS</u> A: <u>19:15HS</u>	De: A:	De: A:


 Firma y Aclaración del Prestador.
Crudele Antonela


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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS