

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 20 / 12 / 2024
Razón social del prestador: Nadbeutti Dana
CUIT: 27371545285
Domicilio donde se realiza la prestación: Chacabuco 155
Correo electrónico de contacto: nadbeutti.dana@gmail.com Teléfono: 3496461024
Beneficiario: Acastello Francisco DNI: 54847988
Modalidad prestacional a brindar: Presencial
Tipo de jornada a realizar: Turno tarde Categoría: _____
Período: desde: Marzo hasta: Diciembre
Almuerzo: Sí No
Monto Mensual: \$307.654,34 Ajustado al nomenclador Nacional.

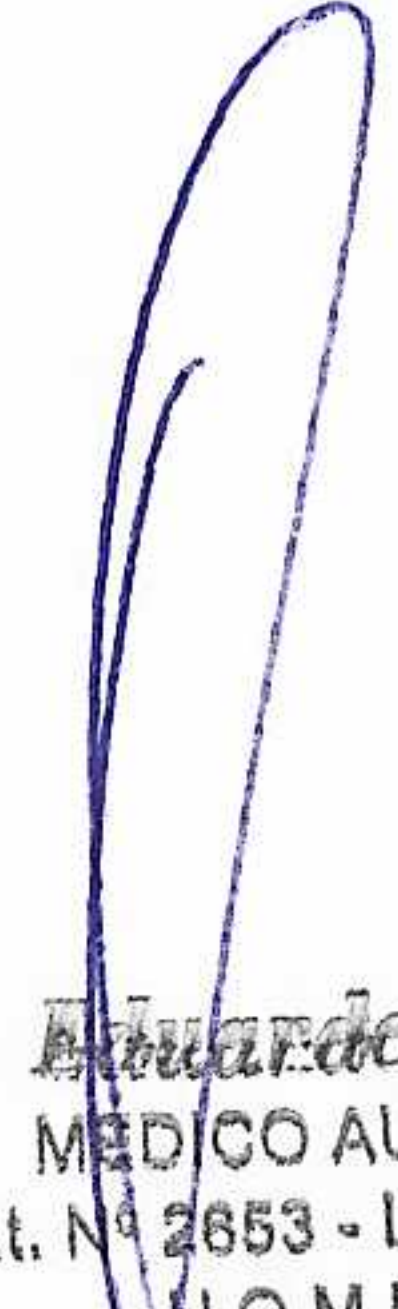
En caso de corresponder:

Dependencia: Sí No
Matrícula anual: -
Cantidad de sesiones mensuales: - Monto por Sesión: -

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: <u>17:00</u> A: <u>19:00</u>	De: A:	De: <u>17:00</u> A: <u>19:00</u>	De: A:	De: <u>17:00</u> A: <u>19:00</u>	De: A:


Firma y Aclaración del Prestador. Nadbeutti Dana
37154528


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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS