

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: ANALIA GALIZZI

CUIT: 27-39718923-1

Domicilio donde se realiza la prestación: MONTEVO 3159

Correo electrónico de contacto: galizzianalia@gmail.com Teléfono: 0342-156125711

Beneficiario: CHAVEZ GUILLERMO DNI: SG. 965.971.

Modalidad prestacional a brindar: PSICOMOTRICIDAD

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: ENERO 2026 hasta: DIAGRAMA 2026

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: \$134030,24

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: 2696-79

Cantidad de sesiones mensuales: 8 Monto por Sesión: \$16453,48

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>16</u> A: <u>17</u>	De: A:	De: <u>15</u> A: <u>16</u>	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Dr. Eduardo Oesquer
MEDICO AUDITOR
Mat. N° 2853 - L° II - F° 128
U.O.M.R.A.

Analia Galizzi
Lic. en Psicomotricidad
MP. 269679

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS