

**ANEXO III**  
**MODELOS DE PLANILLAS**

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Razón social del prestador: Gabriela Ferrer  
 CUIT: 27-30904046-0  
 Domicilio donde se realiza la prestación: Corrientes 2582  
 Correo electrónico de contacto: gabif84@hotmail.com Teléfono: 0342 154878359  
 Beneficiario: Eduardo Zeballos DNI: 54802578  
 Modalidad prestacional a brindar: Terapia ocupacional  
 Tipo de jornada a realizar: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_  
 Período: desde: Febrero 2026 hasta: Diciembre 2026  
 Almuerzo: Sí  - No   
 Monto Mensual: \$134.030,24

**En caso de corresponder:**

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones mensuales: 8 Monto por Sesión: \$16753,78.

**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>16:45</u> A: <u>18:45</u>	De: A:	De: <u>16:45</u> A: <u>18:45</u>	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

*[Firma manuscrita]*

**FERRER GABRIELA**  
 LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL  
 Mat. Met. 1904131 E. 1 - Fº 1  
 Terapia Ocupacional Temprana

**Dr. Eduardo Desquer**  
 MEDICO AUDITOR  
 Mat. N° 2053 - L.º II - Fº 128  
 U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS