

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 19 / 12 / 2025
 Razón social del prestador: MARTINEZ JORGE LINA
 CUIT: 27402690378
 Domicilio donde se realiza la prestación: 6000 CRESPO 2624
 Correo electrónico de contacto: JORGE LINA MARTINEZ S35@gmail.com Teléfono: 3496-542442
 Beneficiario: MARTINA AGUILAR DNI: 58795573
 Modalidad prestacional a brindar: PRESTACION DE APOYO - FONOAUDILOGIA
 Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
 Período: desde: FEBRERO 2026 hasta: DICIEMBRE 2026
 Almuerzo: Sí - No:
 Monto Mensual: \$ 201.045,36

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.
 Matrícula anual: _____
 Cantidad de sesiones mensuales: 12 (DOCE) 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: 11 HS A: 12 HS	De: 11 HS A: 12 HS	De: A:	De: 11 HS A: 12 HS	De: A:

Martinez Jorgelina
 Lic. en Fonoaudiología
 Mat. 401/1º F 12
 Firma y Aclaración del Prestador.

Eduardo Qesquer
 MEDICO AUDITOR
 Mat. Nº 2653 - Lº II - Fº 128
 U.C.M.F.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS