

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

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Razón social del prestador: ANTONELA MÜLLER

CUIT: 27343601862

Domicilio donde se realiza la prestación: A- YRIGROYEN 2641

Correo electrónico de contacto: anto.muller@hotmail.com Teléfono: 03496 15419151

Beneficiario: OJEDA JUUETA DNI: 70126252

Modalidad prestacional a brindar: PRESTACIÓN DE APOYO - FONOAUDIOLÓGIA

Tipo de jornada a realizar: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Período: desde: FEBRERO 2026 hasta: NOVIEMBRE 2026

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: \$ 134030<sup>24</sup>-

**En caso de corresponder:**

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones mensuales: OCHO Monto por Sesión: \$ 16.753<sup>78</sup>-

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

Días	Lunes	Martes X	Miércoles X	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: 10hs A: 11hs	De: 14hs A: 15hs	De: A:	De: A:	De: A:

*Antonela Müller*  
Antonela Müller.

Firma y Aclaración del Prestador.

**Antonela Müller**  
Lic. en Fonoaudiología  
MP 289/1 F.9 L.1

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