

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 01 / 12 / 2025

Razón social del prestador: CIAN MARIA ALEJANDRA

CUIT: 27-28237377-0

Domicilio donde se realiza la prestación: BROWN 1059- Reconquista- Sta Fe

Correo electrónico de contacto: alejandracian@hotmail.com Teléfono: 3482-445640

Beneficiario: RONERO ADRIANA DNI: 17473035

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: \$ 134030,24.-

En caso de corresponder:


Dependencia: Sí - No. _____

Matrícula anual: 223/1

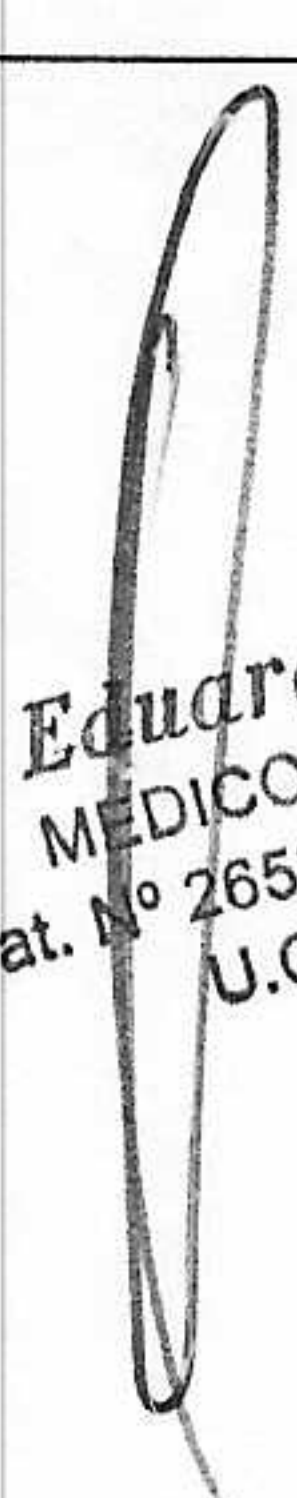
Cantidad de sesiones mensuales: 3 (ocho) Monto por Sesión: \$ 16753,78.-

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

Días	Lunes	Martes X	Miércoles	Jueves X	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: 15m A: 16m	De: A:	De: 15m A: 16m	De: A:	De: A:

 Lic. Alejandra Cian
Lic. en Fonoaudiología
Mat. N° 223/1

Firma y Aclaración del Prestador.


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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS