

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 20 / 11 / 2025
Razón social del prestador: ANDRIOTTI FIORELLA
CUIT: 27-40645083-5
Domicilio donde se realiza la prestación: AWEAR 2371
Correo electrónico de contacto: fiorellaandriotti@live.com Teléfono: 3425924151
Beneficiario: ALMARA' MALENA DNI: 57.783.628
Modalidad prestacional a brindar: FONO AUDIOLOGÍA
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 (OCHO) Monto por Sesión: \$16.753,78

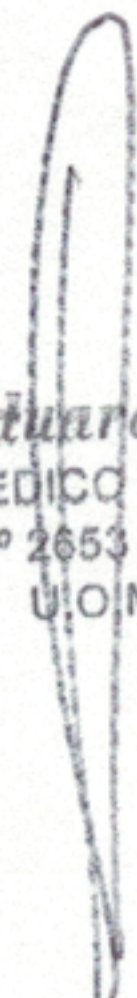
CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: 17.00 A: 18.00	De: A:	De: 17.00 A: 18.00	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.



Fiorella Andriotti
Lic. en fonoaudiología
MAT N° 456/1 F° 13 L 1



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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS