

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 07 / 01 / 2026

Razón social del prestador: Crosa Estefania

CUIT: 27-32600015-4

Domicilio donde se realiza la prestación: CORRIENTES 2582

Correo electrónico de contacto: estefaniacrosa@hotmail.com Teléfono: 341-6427987

Beneficiario: ZEBALLOS FACUNDO NICOLAS DNI: 57.802.567

Modalidad prestacional a brindar: TERAPIA INDIVIDUAL DE FONOAUDIOLOGIA

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: febrero 2026 hasta: Diciembre 2026

Almuerzo: - No.

Monto Mensual: \$134.030,24

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

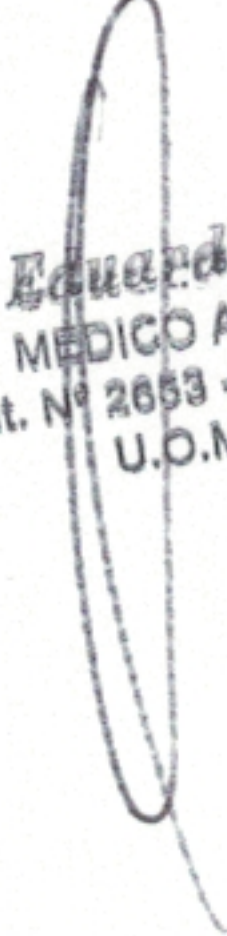
Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión: _____

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: 17HS A: 18HS	De: A:	De: 17HS A: 18HS	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.


CROSA ESTEFANIA
Lic. en Fonoaudiología
Mat N°: 325/1° P° 10 1° 1


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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS