

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

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: ~~12/12/25~~ (\*)  
 Razón social del prestador: BORGOGNO, MARÍA IRENE  
 CUIT: 27-39365910-1  
 Domicilio donde se realiza la prestación: CRESPO 2624. ESPERANZA, STA FE.  
 Correo electrónico de contacto: lic.ireneborgo@gmail.com Teléfono: (3496) 467823  
 Beneficiario: PROTTI, PAULINA DNI: 55.652.582  
 Modalidad prestacional a brindar: PRESENCIAL  
 Tipo de jornada a realizar: SIMPLE Categoría: -  
 Período: desde: FEBRERO hasta: DICIEMBRE 2026  
 Almuerzo: Sí - No.  
 Monto Mensual: \$134.030,24

**En caso de corresponder:**

Dependencia: Sí - No.  
 Matrícula anual: 407/1  
 Cantidad de sesiones mensuales: 8 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: 16:00 A: 17:00	De: 16:00 A: 17:00	De: A:	De: A:	De: A:

DIGO: 6/1/26

Firma y Aclaración del Prestador.  
  
 Ma. Irene Borgogno  
 Lic. en Fonoaudiología  
 Mat. 407/1º F. 12 L I

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