

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

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: 01 / 12 / 2025  
 Razón social del prestador: Rova Camila  
 CUIT: 27-39050043-8  
 Domicilio donde se realiza la prestación: San Martín 279  
 Correo electrónico de contacto: camirova11@gmail.com Teléfono: 03404-15530625  
 Beneficiario: Largo Aquiles DNI: 56.965.191  
 Modalidad prestacional a brindar: Fonoaudiología  
 Tipo de jornada a realizar: presencial Categoría: -  
 Período: desde: febrero 2026 hasta: diciembre 2026  
 Almuerzo: Sí - No.  
 Monto Mensual: \$134 030,24

**En caso de corresponder:**

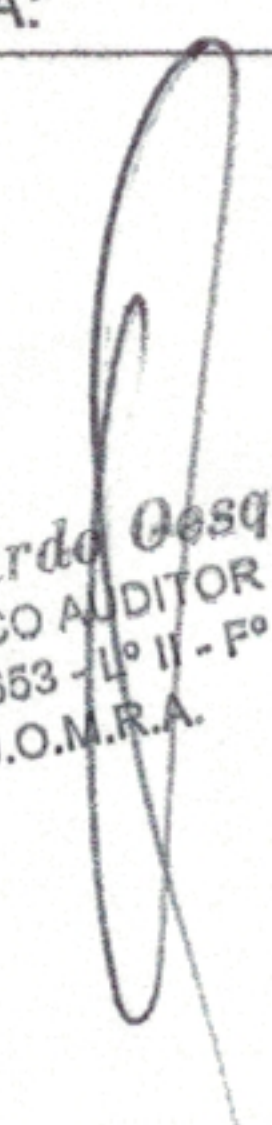
Dependencia: Sí - No.  
 Matrícula anual: \_\_\_\_\_  
 Cantidad de sesiones mensuales: 8 (OCHO) Monto por Sesión: \$16753,18

**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: 15:00 A: 16:00	De: A:	De: 15:00 A: 16:00	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

  
**CAMILA ROVA**  
 LIC. EN FONOAUDIOLOGIA  
 MAT. 449/1°

  
**Dr. Eduardo Gesquet**  
 MEDICO AUDITOR  
 Mat. N° 2653 - 1° II - F° 128  
 U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS