

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 1 / 12 / 25
Razón social del prestador: FIANT AYLEN
CUIT: 27474055317
Domicilio donde se realiza la prestación: 4 de enero 3070
Correo electrónico de contacto: aylenfiant@gmail.com Teléfono: 3424853647
Beneficiario: Pilar Gareca DNI: 59447841
Modalidad prestacional a brindar: Presencial
Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
Período: desde: Feb. 2025 hasta: Dic. 2026
Álmuero: Sí - No.
Monto Mensual: \$134.030,24

En caso de corresponder:

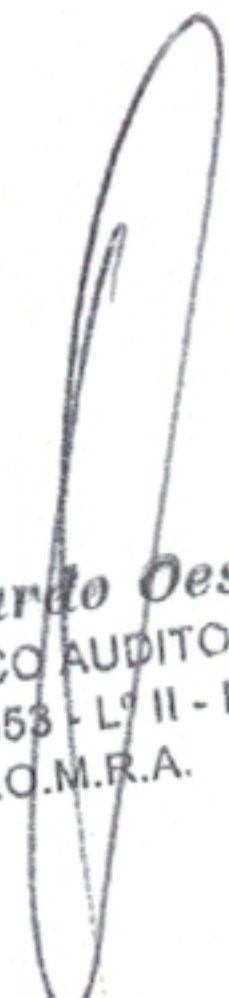
Dependencia: Sí - No.
Matrícula anual: _____
Cantidad de sesiones mensuales: 8 Monto por Sesión: \$16753,78

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: <u>15.30</u> A: <u>16.15</u>	De: <u>15.30</u> A: <u>16.15</u>	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.


FIANT, AYLEN
LIC. EN FONOAUDILOGÍA
Mat. N° 448/1° - F° 13 - L. I


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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS