

**ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS**

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 07 / 01 / 2016
 Razón social del prestador: MAGALI Ruiz Diaz
 CUIT: 27-35574267-7
 Domicilio donde se realiza la prestación: Santz Fe 330, Oliveros. Santz Fe
 Correo electrónico de contacto: mapaliruzdiaz@hotmail.com Teléfono: 3413257481
 Beneficiario: LANTARO Emmanuel Solis Ojeda DNI: 48.065.555
 Modalidad prestacional a brindar: Fonología
 Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
 Período: desde: Febrero 2016 hasta: Diciembre 2016
 Almuerzo: Sí - No.
 Monto Mensual: \$ 134.030,24

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: 330/1

Cantidad de sesiones mensuales: 8 (ocho) mensuales Monto por Sesión: \$ 16.753,78
2 (dos sesiones)

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: <u>8:45</u> A: <u>9:30</u>	De: A:	De: <u>8:45</u> A: <u>10:30</u>	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Dr. Eduardo Desquer
 MEDICO AUDITOR
 Mat. Nº 2063 - Lº II - Fº 128
 U.O.M.R.A.

Magali Ruiz Diaz
 LIC. EMFONOLOGÍA
 MAT. 330 / 1º Fº 1011

Magali Ruiz Diaz

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS