

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 1 / 12 / 2025
 Razón social del prestador: BRENDA MELINA ITURBIDE FONTANA
 CUIT: 27.94135371-7
 Domicilio donde se realiza la prestación: PUEY REDÓN 1564
 Correo electrónico de contacto: gabriebiturbide@gmail.com Teléfono: 3496444156
 Beneficiario: Agostina Nerea Gonzalez DNI: 55.404.033
 Modalidad prestacional a brindar: presencial
 Tipo de jornada a realizar: _____ 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: 494
 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: 17:00 A: 18:00	De: A:	De: 17:00 A: 18:00	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Brenda Iturbide Fontana
 Lic Fonoaudiología
 M. P. 494/1º L. 1, F 14

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS