

**ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS**

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 12 / 12 / 2025
 Razón social del prestador: Landolt Maia Ailin
 CUIT: 27396957162
 Domicilio donde se realiza la prestación: Nicolas Schneider 2436
 Correo electrónico de contacto: maialandolt@hotmail.com Teléfono: 3496-651204
 Beneficiario: Valentín Alamo DNI: 52.362.566
 Modalidad prestacional a brindar: Discapacidad
 Tipo de jornada a realizar: Fonoaudiología 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 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: A:	De: <u>18:00hs</u> A: <u>19:00hs</u>	De: <u>18:00hs</u> A: <u>19:00hs</u>	De: A:	De: A:

Maia Landolt
MAIA LANDOLT
 Firma y Aclaración del Prestador.

Maia Landolt
 Lic. En Fonoaudiología
 Mat. 422/1

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