

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 18/12/2015
Razón social del prestador: BORGOGNO, MARÍA IRENE
CUIT: 27-39365910-1
Domicilio donde se realiza la prestación: CRESPO 2624. ESPERANZA, STA FE
Correo electrónico de contacto: lic.ireneborgogno@gmail.com Teléfono: (3496) 467823
Beneficiario: RAMIREZ, BAUTISTAR DNI: 70.144.322
Modalidad prestacional a brindar: PRESENCIAL
Tipo de jornada a realizar: SIMPLE Categoría: -
Período: desde: FEBRERO hasta: DICIEMBRE 2026
Almuerzo: Sí - No.
Monto Mensual: \$ 201.045,36

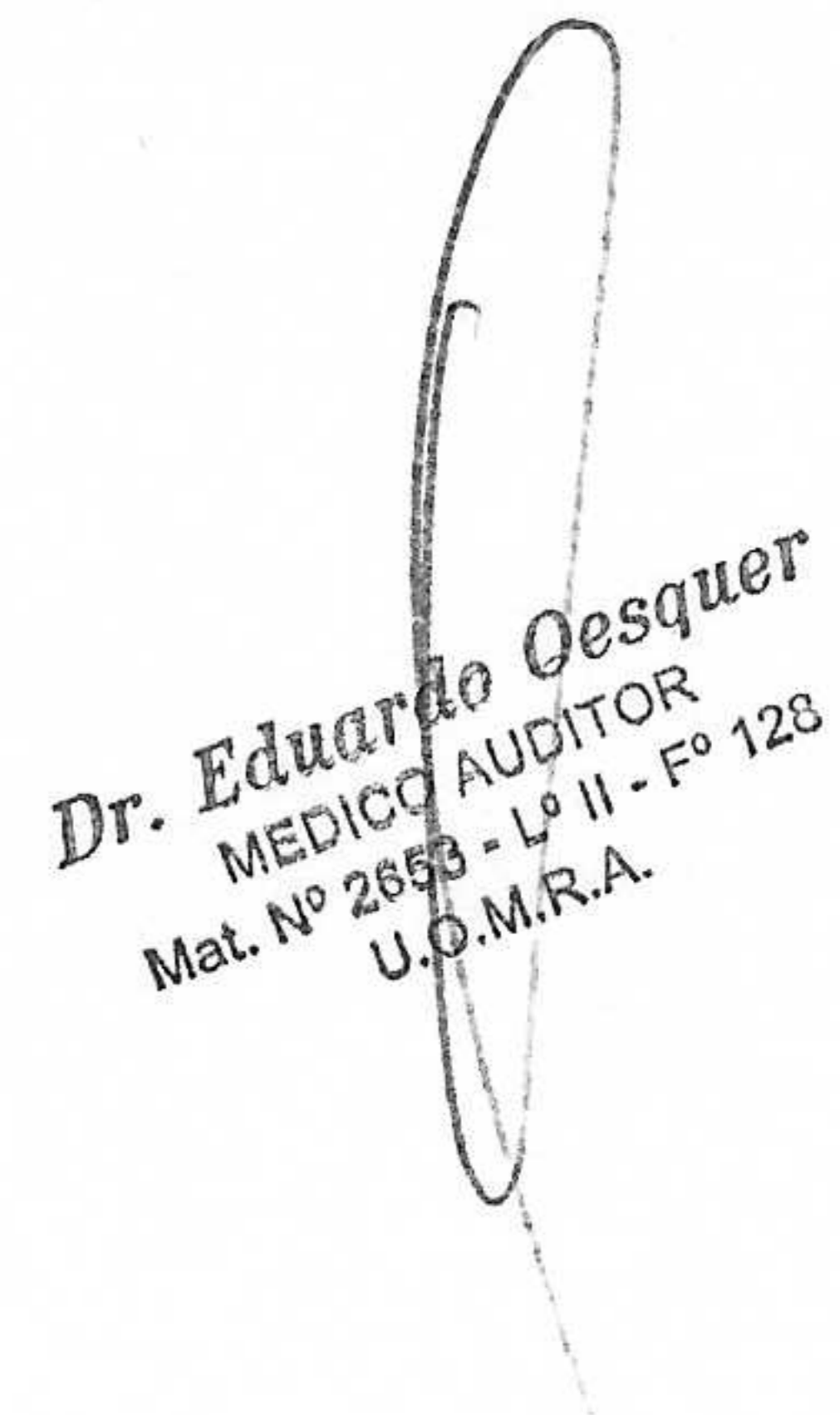
En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.
Matrícula anual: 404/1
Cantidad de sesiones mensuales: 12 Monto por Sesión: \$ 16.753,48

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: 10:00 A: 11:00	De: 10:00 A: 11:00	De: 10:00 A: 11:00	De: A:	De: A:


María Irene Borgogno
Lic. en Fonoaudiología
Firma y Aclaración del Prestador.


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