

**ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS**

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 18 / 12 / 25
 Razón social del prestador: Landolt Maia Ailín
 CUIT: 27396957162
 Domicilio donde se realiza la prestación: NICOLÁS SCHNEIDER 2436
 Correo electrónico de contacto: maialandolt@hotmail.com Teléfono: 3496-651204
 Beneficiario: Gabriel Jesus Guarino DNI: 56.383.502
 Modalidad prestacional a brindar: DISCAPACIDAD
 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: _____

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

Firma y Aclaración del Prestador.

Maia Landolt
 Maia Landolt MAIA
 Lic. En Fonoaudiología
 Mat. 422/1 LANDOLT

Dr. Eduardo Oesquer
 MEDICO AUDITOR
 Mat. N° 2853 - 1° II - F° 128
 U.O.M.R.A.