

ANEXO III
 MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 01, 03, 2026
 Razón social del prestador: ESCHOYEZ MARIA DE LOS ANGELES
 CUIT: 27-23926836-1
 Domicilio donde se realiza la prestación: AVELLANEDA 1975
 Correo electrónico de contacto: angelaseschoyez@hotmail.com Teléfono: 342-155-141547
 Beneficiario: KONZON YAIZA DNI: 53.621.740
 Modalidad prestacional a brindar: FONOAUDILOGIA
 Tipo de jornada a realizar: - Categoría: -
 Período: desde: MARZO 2026 hasta: MAYO 2026
 Almuerzo: Sí - No.
 Monto Mensual: \$ 70.888,60

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: 4 Monto por Sesión: \$ 17.422,05

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De <u>15:15</u> a <u>16:00</u>	De	De	De	De	De

Firma y Aclaración del Prestador.

Eschoyez
 Ma. de los Angeles Eschoyez
 LIC. EN FONOAUDILOGIA
 Mat. N° 286/7 P4 LI

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS