

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 01 / 12 / 25
Razón social del prestador: Gamba Genovese Ariana
CUIT: 27-40703070-8
Domicilio donde se realiza la prestación: Freyre 758
Correo electrónico de contacto: gambaariana46@gmail.com Teléfono: 3482-261637
Beneficiario: Sanchez Lautaro DNI: 58.727.734
Modalidad prestacional a brindar: Fonoaudiología - Presencial
Tipo de jornada a realizar: - Categoría: -
Período: desde: Febrero hasta: Diciembre 2026
Almuerzo: Sí - No.
Monto Mensual: \$ 186.153,12

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.
Matrícula anual: 476/1
Cantidad de sesiones mensuales: 12 (doce) Monto por Sesión: \$ 15.512,76

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: <u>19:00</u> A: <u>20:00</u>	De: <u>19:00</u> A: <u>20:00</u>	De: <u>19:00</u> A: <u>20:00</u>	De: A:	De: A:

GAMBA GENOVESE ARIANA
Lic. en Fonoaudiología
M.P. N° 476/1 - L°1 - F°14

Firma y Aclaración del Prestador.

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

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS