

**ANEXO III**  
**MODELOS DE PLANILLAS**

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: 7 / 12 / 25  
 Razón social del prestador: FIANT AYLEN  
 CUIT: 24414055317  
 Domicilio donde se realiza la prestación: 4 de enero 3070  
 Correo electrónico de contacto: aylentiant@gmail.com Teléfono: 3424853647  
 Beneficiario: Ruth Rios DNI: 57859915  
 Modalidad prestacional a brindar: Preseucial  
 Tipo de jornada a realizar: — Categoría: —  
 Período: desde: Feb. 2026 hasta: Dic. 2026  
 Almuerzo: Sí - No.  
 Monto Mensual: \$134030,24

**En caso de corresponder:**

Dependencia: Sí - No.  
 Matrícula anual: —  
 Cantidad de sesiones mensuales: 8 Monto por Sesión: \$ 16753,78

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

Días	Lunés	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: <u>9.00</u> A: <u>9.45</u>	De: <u>9.00</u> A: <u>9.45</u>	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

*FIANT AYLEN*

FIANT, AYLEN  
 LIC. EN FONOAUDILOGÍA  
 Mat. N° 448/1° - F° 13 - L. I

*Dr. Eduardo Qesquet*  
 MEDICO AUDITOR  
 Mat. N° 2883 - L° II - F° 128  
 U.D.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS