


ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

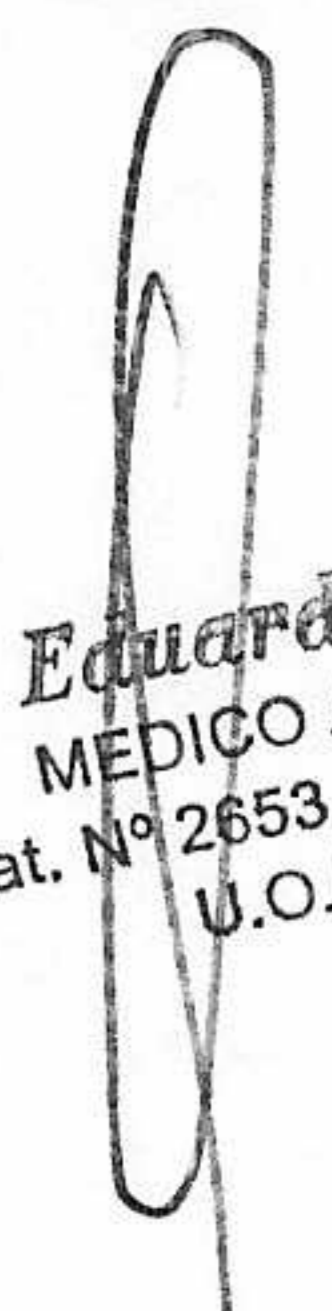
PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 17 / 11 / 2025
 Razón social del prestador: CIAN MARIA ALEJANDRA
 CUIT: 27-28237347-0
 Domicilio donde se realiza la prestación: CALLE 19 353. Avellaneda. State
 Correo electrónico de contacto: alejandracian@hotmail.com Teléfono: 3482-445640
 Beneficiario: SAGER GIOVANNI DNI: 5832 5194
 Modalidad prestacional a brindar: PRESTACION DE APOYO - FONOAUDIOLOGIA
 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: 223/1
 Cantidad de sesiones mensuales: 8 (ochos) Monto por Sesión: \$ 16753,78.

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

Días	Lunes	Martes X	Miércoles X	Jueves	Viernes X	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: 16:45 A: 17:30	De: A:	De: 16:45 A: 17:30	De: A:


 Lic. en Fonoaudiología
 Mat. N° 223/1
 Firma y Aclaración del Prestador.


 Dr. Eduardo Goss
 MEDICO AUDITO
 Mat. N° 2653 - L° II - I
 U.O.M.R.A

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS