

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

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**


Fecha de Emisión: 08 / 12 / 2025  
 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: 3482-261631  
 Beneficiario: Yamir Cracogna DNI: \_\_\_\_\_  
 Modalidad prestacional a brindar: Presencial - individual  
 Tipo de jornada a realizar: - Categoría: -  
 Período: desde: Febrero 2026 hasta: Diciembre 2026  
 Almuerzo: Sí  No   
 Monto Mensual: \$134.030,24

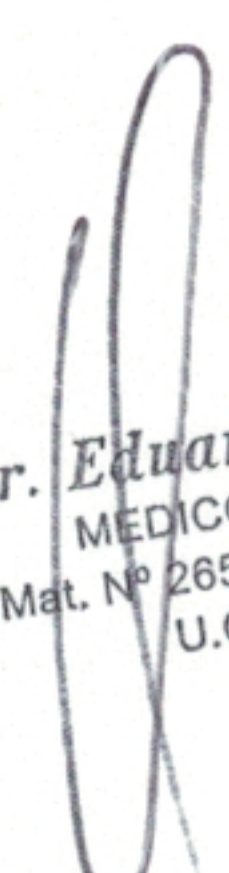
**En caso de corresponder:**

Dependencia: Sí  No   
 Matrícula anual: 476/1  
 Cantidad de sesiones mensuales: 8 (ocho) 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: <u>15:00</u> A: <u>16:00</u>	De: A:	De: <u>15:00</u> A: <u>16:00</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