

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 02 / 12 / 2024

Razón social del prestador: ESCHOYEZ MARIA DE LOS ANGELES

CUIT: 27-23926836-1

Domicilio donde se realiza la prestación: AVELLANEDA 1975 SANTO TOMÉ

Correo electrónico de contacto: angeles.eschoyez@hotmail.com Teléfono: 155-141847

Beneficiario: MONZON YAIZA DNI: 53.621.740

Modalidad prestacional a brindar: FONOAUDILOGÍA

Tipo de jornada a realizar: - Categoría: -

Período: desde: FEBRERO 2025 hasta: DICIEMBRE 2025

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: \$ 49.482,44

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: -

Cantidad de sesiones mensuales: 4 (CUATRO) Monto por Sesión: \$ 12.370,61

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>10:00</u>	De:	De:	De:	De:	De:

Angela
Mo. de los Angeles Eschoye
LIC. EN FONOAUDILOGÍA
Mat. N° 206/1 P° 6 L1

Firma y Aclaración del Prestador.

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