

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de emisión

4/12/2025

Razón social del prestador

DETARSIÓ, MARÍA LAURA

CUIT:

27-22.345.024-0

domicilio donde se realiza la prestación:

RIVADAVIA 568

Correo electrónico de contacto:

mlauradetarsio@hotmail.com

Teléfono

(03404) 15520142

Nombre Beneficiario

IRINA BELÉN POZZO

DNI:

53.034.119

Modalidad prestacional a brindar:

MÓDULO MAESTRO DE APOYO

Tipo de Jornada a realizar

Categoría:

Período:

desde: MARZO 2026

hasta:

DICIEMBRE 2026

Almuerzo:

/  No.

Monto Mensual:

\$ 399.110,13

En caso de corresponder:

Dependencia:  Sí /  No.

Matrícula anual:

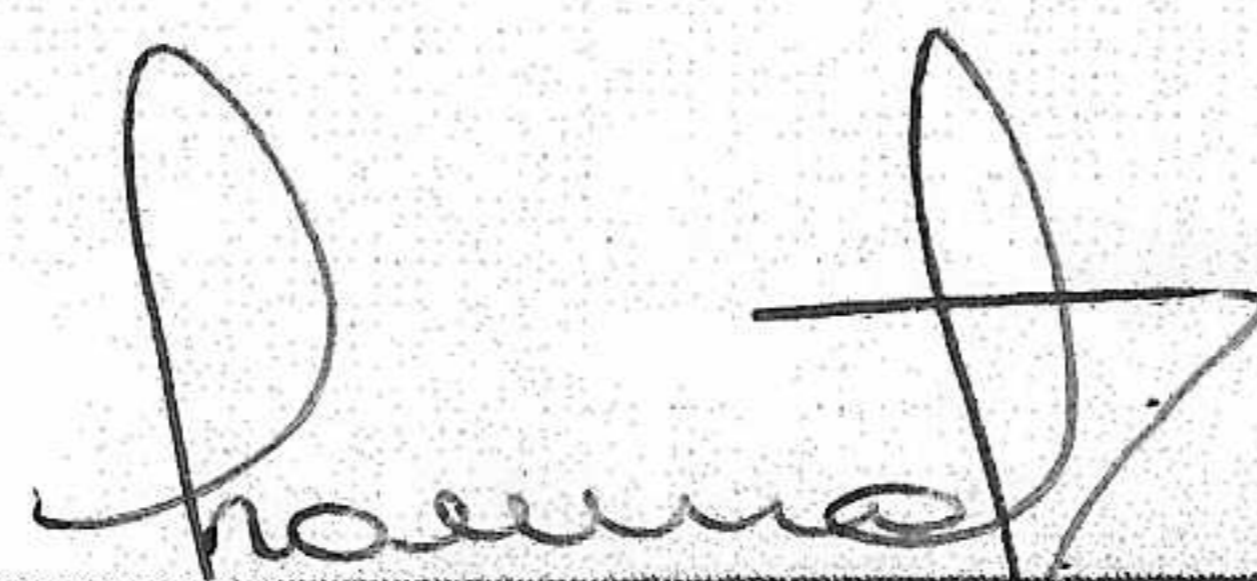
Cantidad de sesiones mensuales:

Monto por Sesión:

Cronograma de asistencia:

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De: 8 A: 10 HS	De: A:	De: 8 A: 10 HS	De: A:	De: 8 A: 10 HS	De: A:

Observaciones: Los valores quedarán sujetos a modificación según Resoluciones SSSalud



Firma y Aclaración del Prestador

MA. LAURA DETARSIÓ  
MAESTRA DE APOYO

**MA. LAURA DETARSIÓ**  
VICEDIRECTORA  
E.C. FOM. 2011

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