

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 12/11/25
 Razón social del prestador: Andrea Paola Marchetti
 CUIT: 27-30621262-7
 Domicilio donde se realiza la prestación: Calle 19 N° 353
 Correo electrónico de contacto: maccheta84@hotmail.com Teléfono: 3482-551573
 Beneficiario: Giovanni Szogel DNI: 58325194
 Modalidad prestacional a brindar: Terapia Ocupacional
 Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____
 Período: desde: Febrero 2026 hasta: Diciembre 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	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: 15:15 A: 16:00	De: A:	De: 15:15 A: 16:00	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Andrea Pagla Marchetti

ANDREA PAGLA MARCHETTI
 Lic. en Terapia Ocupacional
 Mat. Prof. N° 228 - F° 5 - L° 1

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