

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 02 / 03 / 2026

Razón social del prestador: ROSSI, MARIANA VERONICA

CUIT: 27.288821386

Domicilio donde se realiza la prestación: RIVADAVIA 1317 (SANTO TOMÉ)

Correo electrónico de contacto: marianarossi2907@gmail.com Teléfono: 3425458261

Beneficiario: ALEXANDER DAVILA DNI: 48.468.523

Modalidad prestacional a brindar: PRESTACION DE APOYO (TERAPIA OCUPACIONAL)

Tipo de jornada a realizar: - Categoría: -

Período: desde: MARZO hasta: DICIEMBRE DE 2026

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: \$ 141.777,20

En caso de corresponder:


Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: -

Cantidad de sesiones mensuales: 8 Monto por Sesión: \$ 17.722,15

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: 18 A: 19 HS	De: A:	De: 18 A: 19 HS	De: A:	De: A:	De: A:

Mariana V. Rossi
TERAPIA OCUPACIONAL
100 - 1 & 1 - Fº 5

Firma y Aclaración del Prestador.

Dr. Eduardo Desgrip
MEDICO AUDITOR
Mat. Nº 2653 - Nº II - Fº 128
U.O.M.R.A.
